



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION UNIVERSIDAD ABIERTA**

**DEPRESION EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MIRIAM RAQUEL FIGUEROA PAEZ

Asesora: Dra. Ma. Isabel Haro Renner

México, D. F.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

| | |
|---|----|
| Introducción | 1 |
| Antecedentes | 4 |
| Capítulo 1. Diagnóstico | 7 |
| 1.1 El problema del diagnóstico | 7 |
| 1.1.1 Entrevista clínica | 8 |
| 1.1.2 Historia biográfica | 9 |
| 1.1.3 Pruebas psicológicas | 10 |
| 1.2 Diagnóstico psiquiátrico de la depresión según el DSM-III-R..... | 11 |
| 1.3 Diagnóstico a través de pruebas psicológicas | 15 |
| 1.3.1 Los tests..... | 15 |
| 1.3.1.1 Validez de un test | 16 |
| 1.3.1.2 Confiabilidad de un test | 19 |
| 1.3.2 Pruebas proyectivas y la teoría psicoanalítica de Freud..... | 19 |
| Capítulo 2. Depresión | 23 |
| 2.1 Breve descripción del enfoque de Freud sobre la depresión | 23 |
| 2.1.1 Autoestima en la depresión..... | 23 |
| 2.1.2 Oralidad en la depresión | 24 |
| 2.1.3 Mecanismos de la depresión | 24 |
| 2.1.4 Duelo y depresión | 26 |
| Capítulo 3. Indicadores de depresión en el TAT, Rorschach, y en MMPI | 31 |
| 3.1 Test de Apercepción Temática de Murray..... | 31 |
| 3.1.1 Fundamentos teóricos | 31 |
| 3.1.2 Características generales de la prueba | 32 |

| | |
|--|-----------|
| 3.1.3 Interpretación..... | 34 |
| 3.1.4 Valoración..... | 36 |
| 3.1.5 Indicadores de depresión..... | 36 |
| 3.2 Test de psicodiagnóstico de Rorschach..... | 38 |
| 3.2.1 Fundamentos teóricos..... | 39 |
| 3.2.2 Características generales de la prueba..... | 40 |
| 3.2.3 Interpretación..... | 41 |
| 3.2.4 Valoración..... | 42 |
| 3.2.5 Indicadores de depresión..... | 43 |
| 3.3 Inventario multifásico de la personalidad - MMPI..... | 44 |
| 3.3.1 Aplicación..... | 46 |
| 3.3.2 Clave de Welsh..... | 47 |
| 3.3.3 Indicadores de depresión..... | 48 |
| Capítulo 4. Método..... | 50 |
| 4.1 Planteamiento del problema..... | 50 |
| 4.2 Definición de la población..... | 50 |
| 4.3 Selección de la muestra..... | 51 |
| 4.4 Diseño..... | 52 |
| 4.5 Instrumentos..... | 52 |
| 4.6 Procedimientos..... | 52 |
| Capítulo 5. Resultados..... | 58 |
| 5.1 Procedimiento estadístico y presentación de los datos..... | 58 |
| 5.2 Análisis de resultados..... | 59 |
| Capítulo 6. Discusiones y conclusiones..... | 63 |
| Tablas y gráficas. | |
| Apéndices. | |
| Bibliografía. | |

INTRODUCCION

Hoy en día es muy frecuente oír de los jóvenes universitarios, expresiones como: "ando en la depre", "la depre me tiene", "ando por la calle de la amargura", "no tengo ganas de estudiar", etc.; dando a entender con dichos términos que sufren problemas emocionales desencadenados por situaciones familiares y otras causas que afectan su desempeño escolar, llevándolos en el caso extremo al abandono de sus estudios. Esta situación cada vez más frecuente es un síntoma de que actualmente se vive una época de desesperanza y desánimo donde las soluciones son escasas y las necesidades apremiantes.

Para dar asistencia a estudiantes con ese tipo de problemas, la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Facultad de Medicina, brinda gratuitamente al estudiante universitario, un servicio de Salud Mental en su Departamento de Psicología Médica Psiquiatría y Salud Mental (PMPSM), cuyo objetivo principal es velar por la salud psicológica de los muchachos sin hacer distinción de carreras, ni semestres. Este departamento tiene un programa de servicio social cuyo nombre es: " Atención y Apoyo a estudiantes universitarios ", donde el pasante de psicología puede inscribirse y tener la oportunidad de poner en práctica los conocimientos obtenidos en la carrera, acerca del diagnóstico de enfermedades mentales y las herramientas que permiten una exploración seria y a conciencia de la personalidad como son:

- a) la entrevista clínica del paciente,
- b) su historia biográfica y
- c) la aplicación de pruebas psicológicas.

El alumno que solicita atención psicológica en el PMPSM, pasa a una entrevista preliminar donde el psiquiatra que está a cargo del caso, es quien decide si se requiere una evaluación psicológica del paciente, para hacer un diagnóstico correcto de la enfermedad mental.

Si se turna al área de psicología, se realiza la evaluación correspondiente de la personalidad a través de la aplicación de un conjunto o serie de tests psicológicos elegidos según las áreas que se necesita explorar, en cada caso particular. Los resultados de esta exploración se entregan en forma de reporte psicológico al psiquiatra que los solicitó quien finalmente emite un diagnóstico definitivo de la enfermedad del paciente y decide la forma de tratamiento.

En el Departamento de PMPSM se ha notado que la gran mayoría de pacientes que acuden al servicio son diagnosticados con **DEPRESION**, este alto porcentaje de casos es tan significativo que surge un cuestionamiento al respecto: ¿el diagnóstico de depresión que se hace en el departamento de PMPSM es correcto?.

Si lo fuera se estaría hablando de la detección de un porcentaje muy alto de incidencia de depresión en los estudiantes universitarios que acuden a PMPSM. Por lo tanto es urgente investigar si el diagnóstico sobre depresión es correcto o no, con el objeto de tomar medidas preventivas, como la elaboración de programas diseñados en el departamento, dirigidos específicamente a estudiantes universitarios, para que se detecte oportunamente y se trate de inmediato ese alto porcentaje de depresión, antes de que ocasione severos problemas, dentro de los cuales están los escolares.

El presente trabajo de tesis tiene por objeto:

1. Conocer el porcentaje de coincidencia de los indicadores de depresión encontrados en las pruebas psicológicas aplicadas a los pacientes de PMPSM, con el diagnóstico de depresión que emite el psicólogo.
2. Conocer la coincidencia que existe entre el diagnóstico de depresión emitido por el departamento de psicología y el de psiquiatría.

Para lograr el objetivo primeramente se realizará una revisión bibliográfica de tres pruebas de personalidad que se aplican en PMPSM; el TAT, el Rorschach y el MMPI; con el objeto de tener los indicadores de depresión que se buscarán en las pruebas aplicadas a los pacientes, que asistieron al departamento durante el año de 1992.

En segunda instancia, se revisarán y analizarán cada uno de los expedientes registrados durante el año de 1992, y de ahí se tomará la muestra. Finalmente se trabajará con la muestra contrastando por un lado, los resultados de las tres pruebas mencionadas (indicadores de depresión encontrados) con el diagnóstico de depresión emitido por los psicólogos y por el otro, se comparará el diagnóstico de depresión emitido por el grupo de psicólogos con el del grupo de psiquiatras, con el fin de conocer el grado de concordancia que hay entre ellos.

Como se mencionó anteriormente las pruebas con las que se va a trabajar son dos de tipo proyectivo: el Test de Manchas de Tinta de Rorschach y el Test de Apercepción Temática de Murray y una de cuestionario: el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota - MMPI, usada para detectar personalidades patológicas. Se eligieron estas pruebas porque son parte de la batería que usan los psicólogos del departamento, y porque arrojan datos precisos sobre características depresivas del paciente, ya que tienen dentro de su construcción los estímulos específicos que descubren dichos rasgos (*Bell, 1978, p.66*); además, se han encontrado indicadores específicos para el diagnóstico de depresión en cada una de estas pruebas de personalidad (*Freedman y Kaplan, 1980, p.172*).

Es importante mencionar que la presente investigación también arrojará datos estadísticos sobre los siguientes aspectos:

- Tipo de depresión más frecuente y su porcentaje de los pacientes registrados durante el año de 1992.
- Incidencia de carreras, rango de edad y porcentaje de género en la asistencia a PMPSM durante el año de 1992.

Los resultados arrojados por esta investigación, serán de utilidad para el servicio de salud de PMPSM ya que se tendrá una información más precisa sobre los problemas del diagnóstico y además, se enfocarán de una forma más eficaz, los programas de prevención primaria y secundaria del departamento, los cuales incluyen el manejo psicoterapéutico por parte de los psicólogos y el tratamiento farmacológico por parte de los psiquiatras.

ANTECEDENTES

Dentro de la universidad la detección de elementos psicopatológicos en sus estudiantes pudiera ser considerada como un factor importante por la relación entre estas características y el fracaso escolar, Ofelia Rivera y colaboradores reportan una investigación interesante al respecto, en la cual aplicaron el MMPI a alumnos de la facultad de Medicina de la UNAM dentro de las generaciones de 1976 a 1984, como parte de un programa premédico para explorar las características de personalidad de los estudiantes de esta carrera. En los resultados encontraron que en el perfil de estos alumnos sobresaltan las escalas 2 de depresión y 8 de esquizofrenia. Este dato es interesante ya que se puede pensar que encontrar alta la escala 2 en un perfil de este grupo de estudiantes cabe dentro del rango de la normalidad esta información será de utilidad al analizar los resultados de esta investigación (*Rivera Jiménez, 1987, p.11*).

Existen investigaciones realizadas en el extranjero que han hecho uso del Rorschach, el TAT y el MMPI como detectores de estados depresivos de la personalidad en jóvenes, las cuales se mencionan a continuación.

En Noruega en 1988, se realizó un estudio donde se distinguieron los cambios que ocurrieron entre el inicio y el final de la Terapia Psicodinámica orientada a pacientes depresivos, entre los 20 y 36 años durante el primero y segundo año después del tratamiento, los tests usados fueron Rorschach y MMPI, encontrándose cambios favorables de los estados depresivos de estos pacientes (*Nielsen Geir, 1988, p.147*).

En E.U. se aplicó un modelo general para la estimación psicológica y psicopatológica aplicada a la depresión, ese modelo fue basado en el uso de tests psicológicos (Rorschach, MMPI y TAT), encontrándose conductas específicas referentes a la depresión, otras aplicaciones de este modelo fue la predicción de la resistencia y

vulnerabilidad psicológica en respuesta al stress, desórdenes en los hábitos alimenticios y la conceptualización en los desórdenes en niños (*Viglione Donald, 1991, p.2*).

En 1991 en New York examinaron la relación de la oralidad y la depresión valorada a través del MMPI, el Rorschach y el Inventario de Depresión de Zung, en 20 hombres y 20 mujeres diagnosticados con depresión, resultando significativamente positiva la elevación en la relación de la oralidad y la depresión en hombres, lo cual no pasó en el caso de las mujeres. Esta relación fue discutida a través del contexto de la teoría psicoanalítica (*O'Neill, 1991, p.7*).

En 1989 en E.U. se estudiaron los indicadores de medidas objetivas y proyectivas para el diagnóstico de depresión en adolescentes, se examinaron las relaciones del perfil en la prueba del MMPI y los indicadores de la depresión en el Rorschach aplicados a 60 adolescentes resultando significativas estas relaciones en general (*Caputo Sacco, 1991, p.29*).

En la Escuela de Medicina en el este de Virginia, E.U. a través del uso del MMPI y el Rorschach se estudiaron los indicadores para el diagnóstico de la Depresión y la Esquizofrenia en 134 pacientes adolescentes. Resultando que el MMPI es más eficaz para el diagnóstico de Esquizofrenia, y para el diagnóstico de Depresión es importante apoyarse en los resultados de ambas pruebas (*Archer Robert, 1988, p.33*).

En Francia, se estudiaron las contribuciones más importantes del TAT para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en pacientes femeninas, entre los 25 y 35 años. Este análisis fue hecho tanto cualitativa como cuantitativamente, resultando que en este tipo de pacientes los factores narcicistas y orales juegan un papel muy importante en la dinámica de su personalidad. El autor hace notar la importancia de aplicar la lámina 16 como indicador de la capacidad para crear relatos, la cual se encuentra bloqueada en este tipo de pacientes (*Lefebvre Alex, 1987, p.175*).

En Hong Kong en el año de 1987 se realizó un estudio similar al de Ofelia Rivera con el MMPI, en el que el objetivo era comparar los perfiles de estudiantes universitarios

de China y Hong Kong encontrándose discrepancias al comparar ambas poblaciones en las diferentes escalas del perfil (*Song Weizhen, 1987, p.263*).

En resumen estas investigaciones *sugieren* que:

1. Las pruebas (MMPI, TAT y RORSCHACH), han sido usadas en la detección de rasgos depresivos en jóvenes.
2. El uso de más de una de estas pruebas dará más soporte al diagnóstico de depresión.
3. Se han usado como apoyo para conocer rasgos depresivos en la personalidad de diferentes grupos de estudiantes universitarios.
4. Han sido usadas en el diagnóstico de depresión.

CAPITULO 1

DIAGNOSTICO

1.1. EL PROBLEMA DEL DIAGNOSTICO.

En general, emitir un diagnóstico de patología mental es un problema complicado. Desde el punto de vista psiquiátrico ha producido un gran número de clasificaciones, con la intención de hacer cada vez descripciones más precisas. Así se ha llegado al CIE-10 o al DSM-III-R. Para el psicólogo, es importante tomar en cuenta la entrevista clínica, la historia biográfica y la aplicación de batería de tests, para tener un panorama amplio de la personalidad del paciente y su problemática actual.

Lo cierto es que no se ha llegado a una opinión única en cuanto a la forma de emitir un diagnóstico de patología mental y las discrepancias al respecto son a veces sumamente divergentes, sobretodo con respecto a la utilidad de las pruebas psicológicas. De esta forma es posible distinguir dos puntos de vista al respecto; quienes afirman que las pruebas en pocas ocasiones son útiles ya que son insuficientes para establecer el diagnóstico patológico (*Schraml, 1975, p. 107*) y, otros que opinan que los tests psicológicos son sumamente útiles en el diagnóstico de los pacientes (*Schafer, 1965, p. 77*).

Para los del primer grupo, el método psicométrico sirve cuando se toma como dato generalizado, pero en cuanto comienza la peculiaridad de la caracterización patológica, no es posible esperar mucho de él. Además piensan que los resultados de los tests psicológicos no pueden reemplazar el análisis y la interpretación de cada caso en particular, y que con su ayuda se logrará, más bien una imagen más clara y verificable desde el punto de vista psicológico, de la sintomatología calificable de patológica.

Otro argumento en contra del uso de los tests, es que intervienen en su interpretación (sobre todo en los de personalidad) factores subjetivos por parte del psicólogo, lo cual impide llegar a la conclusión final de que la función no realizada es deficiente y que la realizada es normal. Por tales razones prefieren tomar en cuenta única y exclusivamente las clasificaciones de las diversas patologías mentales.

En cuanto a quienes opinan que los tests son importantes en el diagnóstico, es importante aclarar que no sostienen que el test es quien diagnostica, si no más bien, opinan que es necesario tomar en cuenta tres factores de igual importancia (*Rapaport, 1965, p.24*):

1. La entrevista clínica.
2. La historia biográfica.
3. La aplicación de baterías de tests.

1.1.1. ENTREVISTA CLINICA.

La entrevista es un instrumento que sirve para obtener un conocimiento del paciente y de sus molestias. En la entrevista se anima al paciente a contar su historia en sus propias palabras. Y haciendo uso de la técnica de preguntas y respuestas, se logra la comunicación, la cual: "es el sentimiento espontáneo y consciente de respuesta armoniosa que conduce al desarrollo de una relación terapéutica constructiva" (*Freedman y Kaplan, 1980, p.172*). De esta manera, la adecuada relación que el entrevistador logre formar con el paciente es importante ya que de ella depende el éxito de la entrevista.

El entrevistador debe hacer que el paciente se sienta cómodo y al conducir la entrevista, debe permitirle una libre expresión de sentimientos y pensamientos y debe dejar que el paciente cuente su historia. Es importante también prestar atención tanto a lo que dice como a lo que omite. Una entrevista no debe durar más de una hora y a la menor señal de fatiga y de una productividad limitada por parte del paciente debe acortarse.

Normalmente es deseable registrar algunas frases del paciente, palabra por palabra, pero las anotaciones deben tomarse del modo menos intempestivo posible y no ser tan extensas que interfieran con la exposición del paciente. El entrevistador ha de tranquilizar al paciente explicándole que las notas son confidenciales. El ambiente debe ser tranquilo, retraído y libre de interrupciones (*Freedman y Kaplan, 1980, p.174*).

En general, el mejor modo de iniciar la entrevista consiste en preguntar al paciente acerca de los principales problemas que le han hecho acudir a pedir apoyo psicológico. De esta forma se anima al paciente a expresar la historia de su enfermedad actual en sus propias palabras.

1.1.2. HISTORIA BIOGRAFICA.

El objetivo de la historia biográfica es proporcionar una comprensión del desarrollo personal del paciente, el ambiente en el que ha tenido lugar, la significación de las principales figuras en ese ambiente y sus formas de adaptación, como mecanismos de defensa y organización psicológica interna.

Es también un comentario general que incluye una descripción del ambiente actual del paciente y los stress y fuentes de placer que lo caracterizan, y contiene una descripción de las personas que son significativas para él y que tienen influencia sobre su vida.

Para su elaboración es recomendable tomar en cuenta los siguientes apartados:

- **Identificación del paciente.** Donde se incluyen: nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación y la razón por la que ha sido remitido.
- **Motivo de consulta.** Esta sección debe llenarse utilizando las palabras del paciente sobre el problema que le aqueja.
- **Enfermedad actual.** Aquí se presenta la historia de la enfermedad actual tal como llegó al conocimiento del paciente.

- **Historia personal.** Se registra la historia de cada período de la vida del paciente y se registra en forma separada: primera, segunda y tercera infancia, adolescencia, edad adulta y senectud.
- **Historia familiar.** Que incluye una descripción de los padres y hermanos del paciente en su familia de origen.
- **Exámen mental.** Para presentar una imagen precisa del estado emocional, y el funcionamiento y la capacidad mental del paciente. El cual incluye: comportamiento en la entrevista, reacciones emocionales, contenido de pensamiento, sensorio, insight y juicio.

1.1.3. PRUEBAS PSICOLOGICAS.

El método psicométrico es una herramienta útil en la caracterización psicopatológica ya que con su apoyo se logra una imagen más clara y verificable de la sintomatología calificable de patológica. La información que se obtiene a través de la batería de tests logra apoyar el diagnóstico de enfermedades mentales como por ejemplo, la maniaco-depresiva.

Diversos autores han logrado diferenciar ciertas características de respuestas y actitudes del paciente deprimido en los resultados de las pruebas psicológicas, especialmente los tests de personalidad (donde se incluyen los de tipo proyectivo, como el Rorschach y TAT, y de cuestionario, como el MMPI) y aquellos que miden inteligencia. La información obtenida por este medio es valiosa en cuanto a que el diagnóstico se ve reforzado, lo cual finalmente, es importante para el tratamiento de la enfermedad.

En general, el diagnóstico se coloca en un lugar de suma importancia tanto para el tratamiento farmacológico, como para la psicoterapia, en cuyo ámbito tiene una utilidad dirigida en dos sentidos (*Freedman y Kaplan, 1980, p.216*):

- a) Para aclarar problemas del diagnóstico, es decir, cuando se hace un diagnóstico a tiempo y sus datos pueden aportar información decisiva para la elección de una terapia adecuada.

- b) Para establecer la indicación y apreciar el diagnóstico. La existencia de un tipo de patología no necesariamente implica la indicación de cierto tipo de terapia, más bien es necesario tener en cuenta toda una serie de rasgos de la personalidad y de factores sociales del paciente que revelan la inutilidad y peligrosidad de algunas terapias. Por tal motivo no se debe generalizar al indicar la psicoterapia, más bien, el profesional se debe basar en el diagnóstico y de acuerdo con él dirigir el tratamiento.

1.2. DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO DE LA DEPRESION SEGUN EL DSM-III-R.

La clasificación psiquiátrica de las enfermedades mentales ha tenido un desarrollo, el primero en realizar una clasificación sistemática fue Kraepelin, médico alemán nacido en el año de 1856, quien "puso orden en las caóticas opiniones sobre las enfermedades mentales que reinaban a finales del siglo XIX y principios del XX" (*Gold M., 1987, p.58*). Su método era empírico, observaba a los pacientes, describía sus síntomas y seguía el curso de la enfermedad por varios años. De esta manera logró descubrir similitudes entre distintos pacientes, identificar síndromes claros y predecir su resultado. Dentro de sus hallazgos esta la identificación de la "psicosis maniaco-depresiva" y la "demencia precoz", demostró que los maniaco-depresivos tienden a mejorar espontáneamente, mientras que los esquizofrénicos se deterioran con el tiempo.

Actualmente en el área de nosología y clasificación de patologías mentales se cuenta con la tercer edición revisada del "Manual diagnóstico y estadístico para Trastornos Mentales" de la A.P.A., titulado DSM-III-R, el cual se usa en PMPSM de la Fac. de Medicina para diagnosticar, su uso tiene el objetivo de mantener una uniformidad en el diagnóstico por tal razón el psiquiatra se atiene a esta nomenclatura.

En el DSM-III-R, los trastornos depresivos de la personalidad se incluyen en el apartado de TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO, cuya sintomatología esencial consiste en una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo

o maniaco parcial o completo, no debido a ningún otro trastorno mental, ni físico. El estado de ánimo corresponde a un estado emocional permanente que caracteriza por completo la vida psíquica. La clasificación es la siguiente (*DSM-III-R, 1988, p.255*):

DEPRESION MAYOR, episodio único:

- 296.24 con síntomas psicóticos
- 296.26 en remisión completa
- 296.25 en remisión parcial
- 296.23 grave sin síntomas psicóticos
- 296.21 leve
- 296.22 moderada
- 296.20 no especificada

DEPRESION MAYOR RECURRENTE

- 296.34 con síntomas psicóticos
- 296.36 en remisión completa
- 296.35 en remisión parcial
- 296.33 grave sin síntomas psicóticos
- 296.31 leve
- 296.32 moderada
- 296.30 no especificada

OTRO TIPO DE DEPRESION.

- 300.40 Distimia (Neurosis depresiva)
- 309.00 Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido
- 311.00 Trastorno depresivo no especificado

En el episodio depresivo mayor, la sintomatología esencial consiste en un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en toda o casi todas las actividades con síntomas asociados. Los síntomas representan un cambio en la forma de actuar previa y aparecen durante la mayor parte del día, casi cada día, por un período de dos semanas

como mínimo. La sintomatología asociada incluye alteración en el apetito, cambio en el peso, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración de ideas de muerte recurrentes o ideas o intentos de suicidio. El diagnóstico solo se verifica si no puede establecerse que un factor orgánico inició y mantiene la alteración y si la alteración no es una respuesta normal a una pérdida afectiva. Los criterios para el diagnóstico del episodio depresivo mayor son (*DSM-III-R, 1988, pp.266-267*):

"A. Como mínimo, cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo período de dos semanas y representan un cambio de la conducta previa y, al menos, uno de los síntomas es o 1) estado de ánimo deprimido, o 2) pérdida de interés o de capacidad para el placer. (No se incluyen los síntomas que se deben claramente a causas físicas, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencia, o notable pérdida de asociaciones):

- 1) estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, sugerido por la experiencia subjetiva o por la observación de los demás;
- 2) notable disminución del placer o interés en todas o en casi todas las actividades habituales,
- 3) aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen,
- 4) insomnio o hipersomnia casi cada día,
- 5) agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día,
- 6) fatiga o pérdida de energía casi cada día,
- 7) sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa casi cada día,
- 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión,
- 9) ideas de muerte recurrentes, sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. 1) No puede establecerse que una causa orgánica inició y mantiene la alteración.

2) La alteración no es una alteración normal a la muerte de un ser querido.

C. Fuera del contexto de la alteración anímica (antes de la aparición de los síntomas y después de que han remitido) no ha habido en ningún momento ideas delirantes ni alucinaciones que hayan durado más de dos semanas.

D. El trastorno no está superpuesto a una esquizofrenia, a un trastorno esquizofreniforme, a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado."

En la **distimia** la sintomatología esencial consiste en una alteración crónica del estado de ánimo, incluyendo un estado de ánimo deprimido, que se presenta la mayor parte del tiempo y que dura la mayor parte del día a lo largo de dos años como mínimo. Además existen los siguientes síntomas asociados: poco apetito o voracidad, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, disminución de la autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, y sentimientos de desesperanza. Para realizar el diagnóstico tiene que haber un período de dos años en el que no se hayan dado síntomas depresivos por más de dos meses. El diagnóstico no se verifica si hay una evidencia clara de un episodio depresivo mayor durante este período mínimo de la alteración. Los criterios para el diagnóstico de distimia son (*DSM-III-R, 1988, P.278*):

"A. Estado de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes), comunicado por el sujeto u observado por los demás, que se presenta la mayor parte del tiempo y que dura la mayor parte del día a lo largo de dos años como mínimo (un año para niños y adolescentes).

B. Durante los períodos depresivos están presentes, como mínimo, dos de los síntomas siguientes:

- 1) poco apetito o voracidad;
- 2) insomnio o hipersomnia;
- 3) pérdida de energía o fatiga;
- 4) disminución de la autoestima;
- 5) falta de concentración o dificultad para tomar decisiones;

6) sentimientos de desesperanza.

- C. Un período de dos años (un año para niños y adolescentes) en el que se da una alteración, sin síntomas de criterio A por más de dos meses seguidos.
- D. No hay pruebas de la existencia de un episodio depresivo mayor inequívoco durante los dos primeros años de la alteración (un año para niños y adolescentes).
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco inequívoco.
- F. El trastorno no está superpuesto a un trastorno psicótico crónico, como una esquizofrenia o un trastorno delirante.
- G. No puede demostrarse la existencia de una causa orgánica que haya iniciado y mantenido la alteración; por ejemplo, la administración prolongada de una medicación antihipertensiva."

1.3. DIAGNOSTICO A TRAVES DE PRUEBAS PSICOLOGICAS.

Como ya se explicó anteriormente, las pruebas psicológicas son una herramienta útil al realizar el diagnóstico de enfermedades mentales; y en el caso de enfermedades depresivas, son de gran valor las de tipo proyectivo ya que dentro de su construcción contienen los estímulos específicos para identificar rasgos significativos en este tipo de patologías.

1.3.1. LOS TESTS.

Para comprender el uso de los tests es importante considerar su significado. La palabra "test" se refiere a una prueba o examen, y cuando hablamos de test psicológico nos referimos específicamente a examinar el comportamiento del ser humano con el fin de conocer cierto aspecto de su vida.

Para Anastasi A. "un test psicológico constituye esencialmente una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta" (*Anastasi, 1973, p.6*). Un instrumento psicológico está especialmente diseñado para medir objetivamente una parte significativa de

la conducta que se quiere analizar, si se abarca o no, dependerá del número y características de los elementos de la muestra.

Todos los tests tienen un cierto valor predictivo o de diagnóstico del comportamiento humano, el cual, varía con respecto al grado en que es útil como indicador de una área de conducta. En ellos una muestra actual de comportamiento se puede emplear como indicadora de una conducta futura y cuando es usado así es posible medir la capacidad de una persona.

1.3.1.1. VALIDEZ DE UN TEST.

Para poder usar los datos de un instrumento de medición se debe tener en cuenta dos condiciones: primero, que el instrumento de medida que se usa en un caso y con un propósito dado debe medir el rasgo que se intenta medir, esta característica se refiere a la validez del instrumento. En segundo lugar, la prueba debe dar medidas confiables, de tal manera que se obtengan los mismos resultados al volver a medir el rasgo, bajo condiciones similares del objeto o individuo en cuestión, lo cual representa la condición de confiabilidad (*Magnusson, 1968, p. 77*).

Según lo anterior, los datos deben ser analizados desde dos puntos de vista: uno, que sean significativos (que los resultados se refieran al rasgo que se intenta medir) y dos, que sean reproducibles (que los resultados obtenidos con el instrumento en una determinada ocasión, bajo ciertas condiciones sean los mismos, si volvemos a medir el rasgo en condiciones idénticas).

De acuerdo con lo anterior, la VALIDEZ se refiere al grado en que el tests mide lo que pretende medir, y proporciona un control directo de la forma en que cumple su función. Cada test tiene que probarla por la correspondencia entre la actuación del sujeto en la prueba y su reacción en las otras situaciones en que se desenvuelve.

Magnusson D. cuando se refiere a esta característica opina que (*Magnusson, 1968, p. 78*): "la validez de un método es la exactitud con que pueden hacerse medidas

significativas y adecuadas con él, en el sentido que midan realmente los rasgos que se pretendan medir. Para estimarla es necesario saber qué rasgos deseamos que mida".

Hiltman H. opina que un instrumento es válido cuando cubre realmente aquellas características, rendimientos y conductas para cuyo objetivo ha sido creado. De esta forma es posible entender la importancia de la validez como característica de un instrumento de medida (*Hiltman, 1978, p.113*).

De acuerdo con Magnusson, es posible distinguir cuatro tipos de validez (*Magnusson, 1968, pp.78-86*):

a) **VALIDEZ PREDICTIVA.**

Cuyo objetivo es usar el test para predecir las posiciones de los individuos sobre una distribución de la que solo podemos disponer más tarde.

Con este tipo de validez es posible predecir por medio del test cierto resultado después de un tiempo dado. El criterio para medirla es a partir del resultado, ya que el interés es la exactitud con que el tests predice lo que intenta predecir.

La validez predictiva tiene su principal utilidad en la orientación vocacional, selección de personal y clasificación de personas. En clínica es posible usarla en el diagnóstico ya que una buena capacidad predictiva presupone una adecuada capacidad de diagnóstico. Si algo no puede medirse exactamente, tampoco se podrá usar para realizar predicciones válidas.

b) **VALIDEZ CONCURRENTENTE.**

Esta validez se usa cuando se dispone de la medida de la variable de criterio en el momento en que se obtienen los resultados del test.

También apoya la construcción de un instrumento que mida una variable de la cual ya se tienen datos, el test ahorra tiempo y esfuerzo y da el mismo resultado que la medida de criterio. A diferencia de la anterior, se expresa por un coeficiente de validez.

Es importante saber que se usa para tests en situaciones de diagnóstico y que cuando se evalúa el coeficiente de validez concurrente, se debe notar que los criterios en clínica varían grandemente en calidad. El coeficiente de validez indica que tan adecuados son los datos del test como base para el diagnóstico en el sentido más amplio de la palabra. se obtiene entre el coeficiente de correlación y los puntajes del test y las medidas de la variante de criterio.

c) VALIDEZ DE CONTENIDO.

Es útil cuando se quiere estimar el grado en que un test abarca algún campo de estudio. Los items del test pueden considerarse como muestra de una población que representa el contenido y las metas del curso.

Se determina por el grado en que la muestra de items del test es representativa de la población total. No puede expresarse por un coeficiente de validez.

d) VALIDEZ DE CONSTRUCCION.

Este concepto de validez es útil en relación a los tests que miden rasgos para los cuales hay criterio externo. A diferencia de la validez predictiva y concurrente no se expresa con un solo coeficiente que representa la correlación entre el test y las medidas de criterio.

Esta validez se usa para probar si el instrumento mide ciertas características de personalidad que supuestamente mide, es decir, si está construido para medirlas.

Este tipo no puede resumirse en una sola medida como la correlación entre los puntajes del test y los puntajes de criterio. Se determina mostrando que las consecuencias que pueden predecirse sobre la base de la teoría con respecto a los datos del test pueden en lo fundamental, confirmarse por una serie de pruebas. Es posible probarla por medio de cuatro formas:

1. Por el estudio de las diferencias entre grupos que deberían diferir de acuerdo con la teoría de la variable.

2. Por el estudio de la forma en que los resultados del test son influidos por los cambios en los individuos o en el medio en que, de acuerdo con la teoría, deberían respectivamente influir o dejar de influir en las posiciones de los individuos.
3. Por la correlación entre tests diferentes que se supone miden la misma variable. Se debe estar atento en que las correlaciones entre las medidas no surjan como resultado de semejanzas en el método.
4. La correlación entre ítems aislados o diferentes partes del test. Las partes del test deben tener una alta intercorrelación para que se considere que miden una variable unitaria.

1.3.1.2. CONFIABILIDAD DE UN TEST.

Es importante también, considerar la CONFIABILIDAD del test para la psicometría, esta característica se refiere a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas cuando se les vuelve a aplicar el mismo test o un equivalente.

CONFIABILIDAD, "es la exactitud de la medición, independientemente de que uno esté realmente midiendo lo que ha querido medir" (*Magnunsson, 1968, p.86*), es la estabilidad de los resultados y está generalizada si un test, aplicado repetidas veces al mismo grupo de personas, da resultados iguales, o si sus resultados coinciden con los de un test paralelo, o si en un test compuesto de varios problemas análogos entre sí, los resultados de ambas partes del test coinciden (*Hiltman, 1987, p.173*).

1.3.2. PRUEBAS PROYECTIVAS Y LA TEORIA PSICOANALITICA DE FREUD.

El término proyección fue introducido por Sigmund Freud (1894) en su trabajo "Las neurosis de ansiedad" después en su escrito sobre "Las neuropsicosis de Defensa" (*Murray, 1964, p.18*), en el cual define la proyección como un proceso por el cual se adjudican a otra persona o al mundo externo los propios impulsos, afectos y sentimientos, como un

proceso defensivo que permite al ser inconsciente de esos fenómenos "indeseables" en uno mismo (*Anderson y Anderson, 1976, p.88*).

La principal suposición de Freud es que los recuerdos de las percepciones influyen sobre la percepción de los estímulos actuales. El expresa en *Totem y Tabú (Freud S., citado por Bellack, 1978, p.19)*: "Pero la proyección no se crea para el propósito específico de la defensa, aparece también donde no hay conflictos. La proyección de las percepciones internas hacia el exterior es un mecanismo primitivo que, por ejemplo, también influye sobre nuestras sensopercepciones, y es aquí donde tiene su mayor participación para conformar nuestra imagen del mundo exterior. En circunstancias que aún no han sido suficientemente determinadas, se proyectan al exterior las percepciones internas de procesos ideativos y emocionales, de la misma manera que las sensopercepciones, y se utilizan para dar forma al mundo externo, cuando en realidad deberían permanecer en el mundo interno."

De esta manera la **proyección** es de utilidad ya que a través de los estímulos presentados al sujeto este proyecta aspectos encubiertos de su personalidad, de tal manera que es posible saltar sus barreras inconscientes. Por medio de la proyección es posible entrar a su mundo interno, pues a través de esas percepciones internas que él tiene descubre su funcionamiento interno. Así pues, el mismo estímulo será percibido de diferente manera según la persona.

Y precisamente las **PRUEBAS PROYECTIVAS**, como su nombre lo indica están basadas en el uso de la proyección, por medio de la cual el sujeto manifiesta sus propios conflictos y necesidades, de tal manera, que muestra un perfil significativo de lo que es su personalidad. Los datos arrojados por este tipo de técnicas para explorar la personalidad del paciente, son de gran apoyo para el examinador al realizar el diagnóstico, sin olvidar que es de igual importancia considerar la entrevista psicológica y la historia biográfica del paciente.

El término de "Técnicas Proyectivas" fue dado a conocer por primera vez por Frank en el año de 1939, refiriéndose con ello a una serie de pruebas que reúnen características comunes (Schaffer R., 1965, p.26).

Fuentenebro y Vázquez ofrecen la siguiente definición de pruebas proyectivas (Fuentenebro y Vázquez, 1990, p.357): "una técnica proyectiva se puede definir como una situación no estructurada, y, sin embargo, estandarizada, en la que se pide a un sujeto que responda con las menores restricciones posibles sobre su forma de responder."

La hipótesis proyectiva formulada por Frank en 1939 constituye el supuesto básico de esas técnicas según Vizcarro y Arévalo y pueden enunciarse como siguen (Fuentenebro y Vázquez, 1990, p.359): "toda actividad de un individuo lleva en si el sello de su individualidad (supuesto de isomorfismo), estando esta expresividad matizada por normas convencionales del grupo social al que pertenece. Si esto es así, naturalmente se obtendrá una estimación más pura de la personalidad a través de material nuevo; con poca estructura y no sujeto a convenciones sociales, de tal modo que el individuo pueda proyectar, a través de su actividad con dicho material, su mundo privado."

Las pruebas proyectivas se caracterizan principalmente por ser un poco o nada estructuradas ya que su metodología consiste en presentar al sujeto precisamente estímulos poco elaborados y ambiguos que le permiten libertad imaginativa, sirviendo de este modo como una pantalla de proyección de sus procesos de pensamiento, ansiedades, necesidades y conflictos. De tal manera que, hipotéticamente se presupone que el sujeto al interpretar el estímulo lo reflejará matizado de aspectos representativos de su personalidad.

Otra característica importante de este tipo de pruebas es que, al igual que algunas otras resultan ser procedimientos de exámen encubierto, ya que el sujeto rara vez se da cuenta del tipo de significado que tienen sus respuestas. Son técnicas especialmente eficaces para revelar aspectos internos, latentes o inconscientes de la personalidad, a la vez que permiten un estudio global de la personalidad.

En función del material, así como de la respuesta que se pide al sujeto, las técnicas proyectivas se clasifican en (Székely B., 1966, p.116):

- Estructurales: se trata de material visual de escasa organización y que el individuo debe estructurar para responder, qué puede ver en la lámina. Ejemplo: el Test de Rorschach.
- Temáticas: estas técnicas están integradas por estímulos visuales igualmente poco estructurados pero que sugieren escenas de distinto contenido y con un número de variable de personajes. Ejemplo: el TAT y el Phillipson.
- Expresivas: en los que se pide algún tipo de producción, generalmente dibujos. Ejemplos: Test del árbol, test de la figura humana, HTP, etc.
- Constructivas: el individuo recibe un material que debe reorganizar como el test de la aldea.
- Asociativas: la tarea consiste en asociar libremente o completar distintos materiales. Ejemplos: test de asociación de palabras, FIS o fábulas de Duss.

Székely Bela (Székely, 1966, p.111) hace notar que, aunque es práctico separar las pruebas psicológicas en proyectivas y no proyectivas, es importante entender que todo estímulo presentado a un individuo puede promover una proyección de sus contenidos psicológicos, de tal manera que, puede esperarse esa reacción en tests que no han sido ideados con esa finalidad.

Su uso principal es en la clínica y su característica más sobresaliente es que la tarea a la que son sometidos los sujetos es de una forma no estructurada, es decir, que permite una gran variedad de respuestas lo cual da lugar a la fantasía en la persona, ya que las instrucciones son breves. Los estímulos suelen ser en algunos casos vagos y ambiguos. Lo importante es que el sujeto perciba e interprete el material del test, de manera que refleje aspectos de su funcionamiento psicológico.

CAPITULO 2

D E P R E S I O N

2.1. BREVE DESCRIPCION DEL ENFOQUE DE FREUD SOBRE LA DEPRESION.

La teoría de Freud explica que la depresión en forma leve se presenta en caso todas la neurosis (al menos, bajo la forma de sentimientos neuróticos de inferioridad). En su forma más intensa es el más terrible de los síntomas que caracterizan el angustioso estado psicótico de la melancolía.

2.1.1. AUTOESTIMA EN LA DEPRESION.

En la depresión la persona se queda fijada al estado en que su autoestima es regulada por suministros externos, o a quien los sentimientos de culpa han hecho regresar a ese estado, entonces tiene una necesidad vital de tales sentimientos que recorre este mundo en una situación de constante voracidad, con el objeto de satisfacer sus necesidades narcisistas. Si no son satisfechas, su autoestima desciende hasta un punto peligroso. Para evitar esto, la persona está dispuesta a hacer cualquier cosa, intentará por todos los medios de inducir a los demás en dejarle participar en su supuesto poder. Por otro lado, este tipo de personas tienden a reaccionar a las frustraciones por medio de la violencia debido a que quedaron fijadas en un nivel pregenital. Su dependencia oral, les impulsa a tratar de conseguir lo que necesiten por medio de la propiciación y la sumisión.

La permanente necesidad de suministros está encaminada a la satisfacción sexual y a elevar simultáneamente la autoestima, Fenichel dice que estos pacientes son "adictos al amor" (*Fenichel, 1986, p.436*), ya que necesitan de una manera positiva ser amados. Son dependientes y eligen al objeto de forma narcisista. Sus relaciones con el objeto se hallan

mezcladas con rasgos de identificación y tienden a cambiar de objeto con frecuencia porque ningún objeto es capaz de procurarles la satisfacción necesaria.

Siempre exigen de los demás y se hallan empeñados por conseguir un "buen entendimiento" pero ellos no ponen nada de su parte. Es esta necesidad lo que les impulsa al intento de negar su permanente disposición a reaccionar de una manera hostil.

Aunado con la temprana fijación, no les importa ni la personalidad del objeto ni quien provee ese suministro que necesitan, únicamente lo buscan. por tal razón no necesariamente es una persona, puede ser una droga, un "hobby" obsesivo, etc.

2.1.2. LA ORALIDAD EN LA DEPRESION.

"La pregenitalidad de estos pacientes se exhibe ante todo en su orientación anal" (*Fenichel, 1986, p.447*), por eso se semeja a la personalidad de los obsesivo-compulsivos pero detrás de esta orientación anal siempre resultan visibles las tendencias propias de una fijación oral.

En la melancolía y en casos graves de depresión existen a menudo fantasmas canibalísticas que es posible observar en los sueños. Los pacientes depresivos vuelven con frecuencia a actividades erótico-orales de la infancia, como la succión del pulgar. La característica "oralidad receptiva" marcha de la mano con un erotismo receptivo de la piel, esto es, por un anhelo de calor y reaseguramiento.

La anialidad de las personas deprimidas, no intenta retener al objeto, más bien incorporarlo aún si para ello es necesario destruir al objeto. Su regresión se acentúa hasta llegar a la oralidad y el narcisismo.

2.1.3. MECANISMOS DE LA DEPRESION.

Como se vió anteriormente los acontecimientos que propician la depresión son la pérdida de autoestima o la pérdida de suministros que el paciente confiaba que habfan de asegurar o acaso elevar su autoestima (fracasos, pérdida de prestigio o dinero, un estado de

remordimiento). Con base en esto es posible distinguir dos planos de la pérdida de autoestima en la depresión:

PRIMER PLANO: es la pérdida de autoestima- "Lo he perdido todo, ahora el mundo está vacío", causada por la pérdida de suministros externos.

SEGUNDO PLANO: la pérdida de autoestima- "Lo he perdido todo porque no soy merecedor de nada", causada por la pérdida de suministros internos del super yo.

Los pacientes intentan influir sobre los demás para que les devuelvan su pérdida de autoestima. A menudo intentan conservar la relación con sus objetos en una forma que es peculiar de los caracteres masoquistas, demostrándoles su desdicha y acusándoles de ser los causantes de esa desdicha y forzando su afecto, incluso a veces por la extorsión.

Tienen sentimientos neuróticos de inferioridad, "mal humor", "no soy bueno", "son malos", que tienen su raíz en el fracaso del complejo de Edipo, su significado es: "habiendo terminado mi sexualidad infantil en un fracaso, me inclino a creer que voy a fracasar siempre".

En las personas psicóticamente deprimidas se da la propensión a acusar a sus objetos de falta de amor y actuar sádicamente con los objetos externos. El paciente deprimido, que en apariencia es tan extremadamente sumiso, logra a menudo de hecho, dominar a todos los que le rodean (sadismo oral).

La depresión comienza siempre con una insatisfacción ("Nadie me quiere") de las necesidades narcisistas y sintiendo que todo el mundo los odia. Los depresivos clásicos sienten que no son odiados tanto como deberían serlo, la actitud no es tanto "todos me odian" sino "me odio a mí mismo". Es ambivalente consigo mismo y no puede querer más a sí mismo de lo que quiere a los objetos. La hostilidad hacia los objetos frustradores se ha transformado en una hostilidad hacia el propio yo. Ese odio a sí mismo se presenta bajo la forma de un sentimiento de culpa, es decir, de discordia entre el yo y el super yo.

La internalización del conflicto primitivamente externo se realiza en la depresión por una INTROYECCION, es decir, mediante la fantasía de que el objeto amado ambivalente ha sido devorado y existe ahora dentro del propio cuerpo. Esta es una fantasía sexual del paciente, cuya sexualidad se halla dirigida oralmente. A causa de su carácter sádico, la introyección es percibida como un peligro o como culpa, y las luchas antes mantenidas con los objetos externos se prolongan dentro del "estómago" del paciente, con los objetos introyectados. Esta situación de que dentro del super yo ya existe otro objeto introyectado que queda involucrado en esta lucha complica el cuadro ya que la rabia que siente le lleva a pensar "merezo que me maten" quedando la lucha del SUJETO VS. OBJETO INTROYECTADO en dos sentidos:

1. Lucha del super yo vs. yo + objeto introyectado.
2. Lucha del yo vs. super yo + objeto introyectado.

2.1.4. DUELO Y DEPRESION.

Para aclarar esa introyección, Freud comparó la depresión con un fenómeno normal que le es afín: el DUELO. En el niño sucede que al perder su objeto sus tendencias libidinosas desligadas del objeto "inundan" al niño lo cual le crea pánico. En el adulto, el duelo es similar a la situación de pérdida del objeto amado en el niño, para Freud (*Freud S., 1975, p. 133*), el duelo "es un proceso de la pérdida del objeto amado", el cual se lleva a cabo de la siguiente forma: el vínculo con el objeto perdido está representado por centenares de recuerdos separados. La disolución del vínculo se va operando separadamente para cada uno de estos recuerdos y esto requiere tiempo. Esta es una tarea difícil y desagradable que muchas personas tratan de retardar aferrándose a la ilusión de que la persona perdida aún vive y postergando con ello el necesario trabajo de duelo. Trata de simplificar el proceso mediante la creación de un objeto sustituto dentro de sí mismo utilizando el mecanismo de la regresión del amor a la incorporación de la relación del objeto a la identificación, por

eso, es muy frecuente que una persona que está de duelo empiece a parecerse de una forma o de otra a la persona que motiva el duelo.

Ante la pérdida del objeto ocurre una introyección y una identificación con la persona fallecida. Esto nos recuerda lo dicho por Freud (Fenichel O., 1986, p.444): "Bien puede ser que la identificación sea la condición general bajo la cual el ello habrá de abandonar sus objetos".

Aquellos que perdieron en su niñez a uno de sus padres presentan señales de fijación oral y tienden a establecer junto con sus relaciones de objeto extensas identificaciones, es decir, tienden a incorporar a sus objetos. El DUELO, según Fenichel, se compone de dos actos (Fenichel O., 1986, p.447):

1. Llevar a cabo una introyección.
2. Poner fin a la unión con el objeto introyectado.

El estado de duelo se complica y puede llegar a ser patológico cuando la relación de la persona con el objeto perdido ha sido sumamente ambivalente, si esto ocurre la introyección adquiere un significado sádico. Por medio de la incorporación la persona intenta conservar el objeto amado y destruir el objeto odiado, de esta manera la introyección crea nuevos sentimientos de culpa y esta ambivalencia es provocada por todo caso de muerte, por ejemplo: la muerte de alguien a quien se le había deseado puede ser sentida como una realización de ese deseo o cuando la muerte de otros produce sentimientos de alegría por el hecho de haberle acaecido a otro y no a uno mismo. Estas reacciones a su vez crean sentimientos de culpa y remordimiento.

Como resumen, es posible caracterizar el duelo por una introyección ambivalente del objeto perdido, la persistencia hacia los objetos introyectados de sentimientos que una vez fueron dirigidos al objeto y una participación de sentimientos de culpa a lo largo del proceso.

La **tristeza** se caracteriza por una disminución de la autoestima que se retira de los objetos y se hace narcicista al incorporar el objeto que no satisface y lucha por reestablecer su autoestima después de la introyección.

La **depresión** se predispone cuando:

- a) el objeto perdido no ha sido amado en un nivel maduro, sino utilizado como proveedor de suministros narcicistas.
- b) si la previa relación con el objeto ha sido ambivalente.
- c) si la persona tenía una fijación oral y tuvo vehementes deseos inconscientes (sexualizados) de comer.

Lo anterior reúne tres características:

- una necesidad narcicista aumentada,
- una ambivalencia aumentada y
- una oralidad aumentada.

De esta manera, dada la pérdida del objeto, el yo odia al objeto por haberlo abandonado, y es entonces cuando se inician los intentos para obligar al objeto a compensarle su pérdida esto por medio de violentos recursos mágicos, con el fin de disminuir sus sentimientos de culpa, pero en realidad los intensifica. Así pues es importante notar que la introyección del objeto es ambivalente es decir, por un lado el yo ama al objeto, pero por el otro lo odia.

La **DEPRESION** es constituida por la continuación de esa lucha con el objeto introyectado por una elevada catexis. Y como diría Fenichel (*Fenichel, 1986, p.445*), "es un intento desesperado de obligar a un objeto incorporado oralmente a conceder perdón, protección, amor y seguridad". Los elementos destructivos liberados por esta situación crean sentimientos de culpa y temores de represalia. La persona teme que la concesión de estos suministros que necesita desesperadamente puedan significar al mismo tiempo la venganza del objeto, o del objeto introyectado.

En el duelo la introyección es un intento de anular la pérdida de un objeto, en la depresión la introyección es **PATOGNOMONICA**, es decir un intento de lograr la unión

mística con una omnipotente persona externa de transformarse en el "compañero" (camarada en el alimento) de la persona perdida, al transformarse es sustancia de uno mismo.

La ambivalencia le da a la introyección un significado hostil. El deseo de obligar al objeto a consentir en la unión termina por desembocar en el castigo debido a la violencia de ese mismo deseo.

Después de la introyección, la lucha por el perdón continúa sobre una base narcicista de tal forma que el super yo lucha con el yo. El deprimido se queja de haber perdido toda valfa y actúa como si hubiera perdido su yo. Objetivamente perdió un objeto,, así que el yo, se equipara de ese objeto, el sadismo que antes se dirigía al objeto ahora se dirige al yo, de esta forma, por la introyección una parte del yo del paciente se ha convertido en el objeto, la identificación con el objeto es narcicista porque el objeto está íntegramente reemplazado por una modificación del yo.

Después de la introyección, el sadismo se pone de parte del super yo y ataca al yo, que ha sido modificado por la introyección, sienten culpa y no rabia.

En la **melancolía** el peso mayor de la personalidad ha sido trasladado del yo al super yo. La conciencia del paciente representa su personalidad total. El yo modificado por la introyección es simplemente el objeto de esta conciencia y se halla enteramente sojuzgado por ella. El super yo tiene un aspecto doble: representa un poder protector y punitivo en circunstancias normales, prevaleciendo el primer aspecto y solo algunos castigos ocasionales son aceptados, con propósitos de conciliación.

En la depresión el primer aspecto del super yo, ha sido abolido por la regresión. Aunque el yo no cesa en sus intentos de reconciliación, pareciera que en la depresión el objetivo es un intento de restaurar la autoestima lesionada, la interrupción de suministros narcisistas ha perturbado todo el mecanismo psíquico, El objeto causante de esta perturbación es castigado y destruido, pero como se ha introyectado en el yo, se autodestruye.

El yo perseguido por el super yo reacciona con la sumisión y con intentos de rebelión. El autorreproche es un intento de atacar al objeto introyectado y además un modo de hacerle la corte al super yo y un requerimiento del perdón destinados a convencer al super yo hasta un punto en que sus acusaciones han sido tomadas a pecho. El desordenado sadismo inherente a la orientación instintiva oral y reactivado por la regresión ha sido sedido al super yo, y toda aquella furia con que el yo quiso inconscientemente atacar al objeto se desencadena contra el yo. Si esa lucha se hace muy intensa y angustiosa y no se aplaca la furia del super yo por medio de la sumisión y el perdón que busca no es logrado, la tensión se vuelve insoportable, la pérdida de autoestima es tan completa que se abandona toda esperanza por recuperarla y ocurre el suicidio, "el yo se ve desamparado por su super yo y se deja morir" (*Fenichel, 1986, p.450*).

CAPITULO 3

INDICADORES DE DEPRESION EN EL TAT, RORSCHACH Y MMPI.

3.1 TEST DE APERCEPCION TEMATICA DE MURRAY.

El Test de Apercepción Temática (TAT), se empleó para estudiar la gravedad de los síndromes psicopatológicos como histeria, depresión, neurosis obsesiva compulsiva, esquizofrenia, daño cerebral, delincuencia psicopática, etc. Sirviendo como un valioso instrumento en la exploración de diversas áreas de desarrollo infantil, actitudes sociales, sentimientos y la cultura de diferentes lugares (*Silvan y Tomkins, 1972, p.5*).

Murray y Morgan se dieron cuenta de que a través de las historias escritas o narradas por un individuo se podía estudiar la personalidad. Su primer acierto consistió en reunir una serie de 20 láminas sobre las que se podían construir narraciones. La láminas estimulan la imaginación y permiten estudiar sistemáticamente las áreas de conflicto o de importancia motivacional. La reacción perceptiva del sujeto ante la lámina proporciona una fuente adicional de información respecto a su visión del mundo que le rodea.

3.1.1 FUNDAMENTOS TEORICOS

En el campo de la psicología clínica, la intuición y la experiencia adquirida en la práctica acumulada han superado mucho al desarrollo teórico. El fundamento teórico del TAT se muestra cuando las historias se comienzan a narrar, según el punto de vista dinámico, algunos motivos actúan determinando el contenido seleccionado.

El TAT es una prueba que consiste en presentar estímulos a la imaginación, registrarla y analizarla. Está basado en la teoría psicoanalítica de Freud acerca de la

proyección; en esta prueba se hace uso de este mecanismo a través de la composición de relatos en torno a un cuadro estímulo, el individuo hace operar material de sus propias experiencias, según las percepciones inmediatas del estímulo y también por las percepciones seleccionadas de la imaginación consciente y preconsciente (*Bell J. 1978, p.63*).

A través de este proceso se expresan impulsos conscientes, las defensas y los conflictos del individuo, permitiendo al experimentador poner de manifiesto el contenido de esas características de la personalidad y hacer ciertas conjeturas acerca de su desarrollo y estructura.

Cuando se trata de una persona perturbada emocionalmente y sometida a la presión de un conflicto psíquico, este último se introducirá repentinamente cualquiera que sea la lámina, insinuándose en la historia. Los principios del TAT son los siguientes (*Székely B. 1966, pp. 109-111*):

- 1) Ante situaciones ambiguas o inestructuradas cada sujeto tiende a interpretarlas según sus propias experiencia, deseos e inclinaciones.
- 2) Al inventar historias, los contenidos predominantes se exteriorizan en forma consciente o inconsciente.

3.1.2 CARACTERISTICAS GENERALES DE LA PRUEBA

El TAT aún por encima de las revisiones a las que ha sido sometido, mantiene hasta hoy la estructura inicial propuesta por Murray, las modificaciones que ha llegado a tener son básicamente a nivel de aplicación.

El test consta de 30 láminas con dibujos impresos en blanco y negro y una lámina en blanco. Son de contenido variable, generalmente muestran una escena mas o menos familiar, donde puede observarse cierta ambigüedad e imprecisión. Del conjunto de las láminas se espera se usen únicamente 20 en su estudio individual, para ser aplicadas 10 en

dos secciones de una hora cada una; el contenido de las láminas varía de acuerdo con el sexo y la edad del sujeto, también según el área que se quiera explorar en el paciente.

Las láminas marcadas con las letras VN se aplican a los niños y las niñas; las marcas con VH a niños y a hombres, las NM a niñas y a mujeres. Las que solo van numeradas, sin letra, se pueden aplicar a sujetos de todos los sexos y edades. Tanto los números de las series como las letras van impresas en el dorso de las láminas. El TAT presenta estímulos más estructurados y requiere respuestas verbales más complejas y organizadas que el Rorschach.

Aunque típicamente se presenta como un test verbal e individual, puede también aplicarse por escrito y como test colectivo (*Anastasi A. 1973, pp.186*).

Las instrucciones consisten en pedir a la persona que elabore una historia para cada lámina esta historia debe incluir presente, pasado y futuro de lo que se relate, además del sentir, pensar y actuar de los personajes de las historias. Para la lámina en blanco, se pide a la persona que imagine una historia en la situación que decida, como lo ha realizado con las otras láminas y después cuente el relato tal como lo ve (*Murray, 1964, p.13*).

Székelly menciona los siguientes puntos claves para las instrucciones (*Székelly B. 1966, p.1309*):

- a) pedirle al sujeto que en cada lámina invente una historia,
- b) que en cada historia diga que piensan y sienten los personajes,
- c) que debe referirse al pasado para llegar a la situación que muestra la lámina y también relatar cómo terminará esa historia en el futuro y,
- d) que tiene plena libertad para inventar la historia que se le ocurra y debe expresarse con naturalidad.

Generalmente se presentan al principio aquellas láminas que causan menos tensión y que resultan ser para la mayoría de la gente las menos impactantes; las más dramáticas se dejan para después esto contribuye para que el sujeto no eleve el nivel de tensión y ansiedad, lo cual si lo hace causará la aparición de mecanismos de defensa y no se podrá

tener una muestra del inconsciente; por otro lado, esto podrá contribuir a mantener buenas relaciones pacienteexaminador.

3.1.3 INTERPRETACION.

Para interpretar el TAT muchos autores han elaborado numerosos sistemas, los más conocidos son: Murray, Stein, Tomkins, Wyatt, Henry, Beller y Aron (*Anderson y Anderson, 1976, p. 136*).

El enfoque para interpretar debe variar de acuerdo con el objetivo que se persigue al aplicar el test. Debe orientarse hacia el objetivo de interés, cuando se trabaja en una institución o en un equipo clínico, se debe averiguar exactamente que esperan los demás miembros del equipo del examen psicológico. También hay que decidir cuáles son los datos necesarios para satisfacer tal propósito.

Murray propuso que la valoración partiera de la identificación del héroe de la historia relatada, teniéndose en cuenta la edad y sexo del personaje, con el criterio de que es a esta figura a quien presumiblemente el sujeto atribuye sus propios deseos y conflictos. Después analizando el contenido de relatos, se sigue la lista de necesidades y presiones, que el mismo autor desarrolla en su propia teoría de la personalidad, de esta manera las necesidades serían las siguientes: rendimiento, diferencia, orden, exhibición, autonomía, afiliación, intracepción, socorro, dominancia, humillación, tendencia a consolar, cambio, resistencia, heterosexualidad y agresión (*Murray, 1964, p. 15*).

Las presiones se refieren a las fuerzas medioambientales que pueden favorecer o interferir la satisfacción de necesidades. Se toma en cuenta la intensidad, la duración y frecuencia de presentación en las distintas historias así como la originalidad de las mismas ya que se supone que es más probable que las láminas que provoquen respuestas alejadas de lo que comúnmente se encuentre, tengan significación especial para el sujeto (*Anastasi A. 1973, p. 53*).

En este sentido se han efectuado muchos estudios para poder establecer una norma para formar un criterio comparativo respecto a varios aspectos: modo de percibir la prueba, temas desarrollados, papeles asignados a los personajes, tonos emocionales, velocidad de respuesta, extensión del relato, etc. Pese a ello la mayoría de puntos se basan en criterios subjetivos adquiridos en la práctica.

Piotrowski en el año de 1950, propuso nuevos criterios de interpretación, asentó que todas las figuras del TAT son igualmente representativas del funcionamiento psicológico del sujeto e incluso pensó que los aspectos más aceptables y conscientes eran atribuidos a figuras más aceptables y conscientes eran atribuidos a figuras más cercanas al sujeto en lo que se refiere a edad y sexo, en cambio las motivaciones y rasgos menos aceptables y lo inconsciente era atribuido a las figuras más dispares a él (*Carr Artur, citado por Freedman y Kaplan, 1962, p. 753*). De tal manera que, según este autor lo que el sujeto proyecta en sus historias se relaciona más con las múltiples facetas de su personalidad que con su particular manera de ver a las otras personas (*Murray, 1964, p. 16*).

Lindzey, propone cinco supuestos para determinar las partes más reveladoras de las historias (*Bellak, 1978, p. 74*):

1. Al crear una historia, el narrador se identifica habitualmente con una persona en el drama y los deseos, tendencias y conflictos de esta persona imaginaria.
2. Las disposiciones, tendencias y conflictos del narrador a veces están representadas indirecta o simbólicamente.
3. No todas las historias tiene igual importancia para hacer el diagnóstico válido, en tanto que otras proporcionan muy poca o ninguna importancia.
4. Los temas que se originan directamente del material y los estimulados por éste son menos significativos que aquellos que no lo fueron.
5. Son los temas recurrentes los que en especial reflejan los impulsos y conflictos del narrador.

De acuerdo con Holzman, quien percibe, lo hace de acuerdo a su particular organización psicológica, tiene una influencia única sobre la organización de la percepción para cada una de estas etapas sucesivas al igual que sobre la función de retroalimentación.

3.1.4. VALORACION.

El material que proporciona el TAT es muy rico y su contribución más importante se centra en su potencial de revelación de los aspectos inconscientes de la personalidad y sus relaciones con las figuras significativas.

Es una prueba útil para descubrir los aspectos encubiertos y latentes de la personalidad, así como, aquello que motiva la conducta, esto hace que su utilidad en la clínica sea innegable. A través de sus respuestas es posible diferenciar características de respuestas de personalidades psicopatológicas como: histeria, neurastenia, depresión, esquizofrenia, etc. Anderson, Schifer y Bellak entre otros ofrecen ciertos indicadores de la prueba con respecto a este tipo de trastornos.

La posibilidad de que el examinado falsee la prueba es muy reducida ya que no es amenazante y además sus propósitos se encuentran encubiertos, así que, el sujeto absorbe la tarea olvidándose de sí mismo y de esta manera sus defensas no se movilizan.

Como se mencionó anteriormente, su utilidad básica es en el diagnóstico caracterológico de diversas patologías incluyendo la neurosis (Hiltman, 1962, p.13) y la depresión (Schafer, 1965, p.57) en adultos, y niños a partir de los 9/10 años. Se usa también para la aprehensión metódica de la patología de los contenidos de la representación y de las subyacentes necesidades (pulsionales), esperanzas, problemas y conflictos de los psicóticos.

3.1.5. INDICADORES DE DEPRESION.

Diversos autores como Tomkins, Masserman y Bilken, Harrison, Rapaport y Gill y Ray Schafer han encontrado indicadores en el TAT para el diagnóstico de depresión. Y de

acuerdo con sus hallazgos es posible enumerar los siguientes indicadores de depresión, de los cuales, todos coinciden en que detectan la presencia de rasgos depresivos de la personalidad:

1. HISTORIAS:

cortas, lentas, incompletas, téticas, vagas, con descripciones monosilábicas.

2. TEMAS:

de desgracias, desenlaces desafortunados, desesperación, reacciones agitadas, lacrimosas, pesimistas, alegría vs. tristeza, desánimo, "humor gris", desprecio de sí mismo, inseguridad, sentimientos de soledad, deseos de cariño, de amor y felicidad.

3. Restricción de ideas.

4. Culpa y castigo, expiación a través del sufrimiento o destrucción, falsas creencias del pecado y la moral.

5. Comentarios negativos, exclamaciones de desmayo.

6. Reconocimiento de la identificación con el héroe.

7. Distorsión de la percepción del estado emocional, confundir agresión, culpa y depresión.

En cuanto a las láminas que especialmente pueden ser usadas para encontrar rasgos depresivos en el paciente tenemos las siguientes:

LAMINA 3 VH.

Es una lámina clave para descubrir el suicidio en caso de depresión, cuando la historia coincide con una gran cantidad de agresión latente dirigida contra sí mismo, un super yo severo y una gran preocupación con la agresividad. Cuando hay represión de agresividad se niega la presencia de la pistola.

LAMINA 3 NM.

Pone de manifiesto sentimientos depresivos.

LAMINA 9 NM.

Depresión y tendencias de suicidio.

LAMINA 11.

Despierta miedos infantiles, muestra temor a ser atacado, agresión oral, estado de ánimo del paciente, ansiedad y el miedo a la destrucción, además, si se ven cosas muertas indican un estado severo de depresión.

LAMINA 14.

Tendencias al suicidio.

LAMINA 15.

Ideas y los temores hacia la muerte, tendencias depresivas, sirve de complemento a aquellas láminas que despiertan ideas suicidas y fantasías agresivas y pasivas hacia la muerte.

LAMINA 18 NM.

Forma en que las mujeres manejan la agresión.

3.2. TEST DE PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH.

El psiquiatra Hermann Rorschach ha sido reconocido como el primero en elaborar una técnica empleando manchas de tinta en el diagnóstico de la personalidad. Sus investigaciones comenzaron en el año de 1921 cuando publicó su obra titulada "Psicodiagnóstico" (*Bell, 1978, p.102*).

Rorschach tardó 10 años en elaborar el test cuyo fin es de diagnóstico (*Rabin, p.35*), y a lo largo de por lo menos dos décadas, 40's y 50's, su nombre fue sinónimo de Psicología clínica; esta prueba ha sido probablemente más influyente que cualquier otra (*Exner, 1978, p.45*). Según Anderson (*Anderson, 1976, p.185*), las tres dimensiones de la personalidad que el test mide son: la actividad intelectual consciente, las emociones exteriorizadas de las actividades psíquicas internas y la vida emocional interna o vida de fantasía.

3.2.1. FUNDAMENTOS TEORICOS.

La técnica de Rorschach se fundamenta en la relación entre percepción y personalidad, el sujeto que es expuesto al conjunto de láminas de manchas de tinta organiza sus percepciones de tal forma que refleja aspectos importantes y encubiertos de su funcionamiento psicológico. Por medio de su método, la persona es "inducida a revelar su mundo privado y decir lo que ve en las láminas, sobre las cuales puede proyectar sus propias intenciones, significación y sentimientos" (*Espejel, 1979, p.3*). El sujeto se siente libre de la crítica externa, ya que la prueba no consiste en situaciones socialmente estandarizadas, ni se aplica en momentos a los que se deben dar respuestas culturalmente prescritas; además al no saber cual sería la respuesta correcta, el sujeto, responde a su modo, y, sin saberlo, revela esa parte de sí mismo de la cual no es enteramente consciente.

El Rorschach es una prueba basada en el estudio de las funciones de percepción y percepción a través de la interpretación de formas accidentales, simples, plásticas y simétricas. la persona a través de su percepción, refleja la estructura y dinamismo de su personalidad. Así aparecen sobre el fondo de un "experimento diagnóstico-perceptivo la personalidad, sus ideas y sus modos individuales de hacer experiencias y de afrontar la realidad (*Hiltman, 1962, p.173*)".

El esquema de los hechos, puede ser el siguiente: al ver las figuras se obtiene una sensación, la cual se integra a nivel funcional en el cerebro, como una percepción, misma que provoca y evoca percepciones previas, anexas (algunas veces no aparentemente) a la que se está manejando, esta última parte se denomina período asociativo.

Rorschach partió de una suposición, no tan simple como parece: la integración del complejo sensorial, de percepción y asociaciones (a través de engramas). En la enfermedad mental esta integración se altera y cuando esto ocurre es posible computarlo a través de mediciones y de esta forma diferenciarlo de lo normal.

Se requieren para su aplicación, ciertos requisitos, tales como una aplicación individual, en un sitio sin ruido, sin otros estímulos que roben la atención, ofrecer el estímulo visual a cierta distancia y una buena disposición del psicólogo.

3.2.2. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA PRUEBA.

El material básico del test consiste en diseños de 10 manchas de tinta casi simétricas, impresas en el centro de un cartón blanco, estos diseños son los que el autor de la prueba dispuso al publicarlo en 1921 (Portuondo, 1976, p. 30). Al administrar la prueba es importante tomar en cuenta los siguientes puntos (Bell, 1978, p.106):

- Hacer sentir cómodo al sujeto.
- Establecer un adecuado rapport o buena relación con el sujeto antes de iniciar la prueba.
- Se presenta cada lámina a su turno, cuidando de no exponer las otras mientras está dando sus respuestas.
- Cuando el examinado ha terminado con la lámina la devuelve al examinador, el cual la coloca cara abajo sobre la mesa.

La consigna de acuerdo con Klopfer es decir al paciente (Bell, 1978, p.107): "en estas láminas de manchas de tinta, la gente ve toda clase de cosas, ahora dígame lo que usted ve; lo que podría ser esto para usted; en que le hace pensar". Durante la prueba el examinador registra:

- Todas las respuestas del sujeto,
- el tiempo en que tarda en responder (tiempo de reacción),
- duración del tiempo transcurrido en las pautas prolongadas entre las respuestas,
- el tiempo total que el sujeto retiene cada lámina (tiempo de respuesta),
- la posición de la lámina durante las respuestas.

Después de esto sigue la interrogación, la cual consiste en averiguar cómo ha percibido el sujeto la mancha al efectuar las respuestas individuales, con el fin de facilitar

la clasificación. También permite el sujeto aclarar o añadir respuestas espontáneamente (Bell, 1978, p.116).

3.2.3. INTERPRETACION.

Para calificar e interpretar la prueba Rorschach ideó un sistema en el cual se toman en cuenta, una serie de factores los cuales revelan la personalidad de sujeto, los cuales son: **LOCALIZACION.** Este factor se refiere al estudio del conjunto de capacidades de englobamiento, de obtención y captación de detalles, manejo de espacios (con y sin tinta, internos y externos a la figura).

DETERMINANTES ASOCIATIVOS. Son las características de la mancha usadas por el sujeto en la elaboración de la respuesta, tales como la forma, el color, las propiedades del movimiento y del sombreado. Los cuales pueden ser:

Intratensivos: referentes a la forma, el movimiento, los planos, las dimensiones, la difusión y los límites.

Extratensivos: que nos hablan de la textura, el color y la falta del mismo en las láminas que cuentan con colorido.

Ya que se están obteniendo datos en varios niveles; uno de integración de funciones mentales y de integración de las vivencias ocurridas al sujeto, las huellas o engramas a que dieron lugar, y otro, la modulación afectiva, no solo secundaria a tales asociaciones como estímulos en sí, sino también a la propia del sujeto, entendemos que todo esto permite de manera sencilla valorar la integración entre sensopercepción, nivel integrativo de percepción, nivel integrativo de asociaciones y nivel integrativo de modulación afectiva.

CONTENIDO. Este punto incluye tanto respuestas populares como respuestas originales. Con este tipo de respuestas podemos obtener datos acerca del medio sociocultural del sujeto; de su modo de adquirir y manejar conocimientos de sus grupos sociales, de pertenencia y no pertenencia; de sus capacidades de logro de metas; de sus limitaciones o

avances conceptuales (capacidades de asociación, abstracción, creatividad, destructividad, de sus niveles de valoración y adaptación a la realidad.

FENOMENOS ESPECIALES. En cuanto a hechos de observación por parte del sujeto estudiado, fundamentalmente referidos a su manera de percibir el mundo circundante, su propio mundo, en otras palabras, sus capacidades de crítica a los demás y a sí mismo, sus posibilidades de aceptación de hecho reales , o de distorsionar los mismos, a través de mecanismos defensivos, de los cuales quizá el más común sea la mentira (que es una negación de la realidad). La calificación de esta parte de la prueba, también está expuesta a la posibilidad de distorsión subjetiva por parte del psicólogo. Ya que es difícil la no aplicación de los propios valores para calificar a otro. Sin embargo, esta parte ofrece datos muy útiles para el conocimiento de matices de la personalidad, que pudieron utilizarse clínicamente, por ejemplo, en algún intento de psicoterapia, de cualquier tipo.

POPULARIDAD U ORIGINALIDAD de cada respuesta que el sujeto dé a cada lámina.

La interpretación del test se basa en la premisa de que las respuestas dependen del campo de la percepción y apercepción más bien que de la imaginación. Las inferencias sobre la personalidad se hacen con base en cómo reacciona el sujeto a las manchas (*Bell, 1978, p.118*).

3.2.4. VALORACION.

A través de esta prueba es posible hacer una descripción significativa de la personalidad y revelar aspectos como: la naturaleza de sus impulsos, sus motivaciones y exigencias impulsivas, su capacidad de controlar esos impulsos, la forma de encarar los problemas, etc.

Frank opina que: "el método de Rorschach ofrece un procedimiento por medio del cual el individuo es inducido a revelar su "mundo privado" al decir lo que "ve" en las láminas sobre las cuales puede proyectar sus propias intenciones, significación y

sentimientos, justamente porque no son objetos socialmente estandarizados o situaciones a las que debe dar respuestas culturalmente prescritas.

Es esencialmente un procedimiento para revelar la personalidad de un individuo como individuo, en contraste con su clasificación o evaluación en función de su parecido con normas especiales de acción y lenguaje (*Klopper, 1976, p.22*). Los aspectos de personalidad que nos revela esta prueba son:

1. Aspectos cognitivos o intelectuales. Como el status y funcionamiento intelectual, tipo de enfoque de problemas, poder de observación, originalidad del pensamiento, productividad y amplitud de intereses.
2. Aspectos afectivos o emocionales. Donde encontramos el tono afectivo, sentimiento de sí mismo, capacidad de responder a otros, reacción al stress emocional y control de impulsos afectivos.
3. Aspectos del mal funcionamiento del Yo. Que son la fuerza del Yo, sus áreas de conflicto y sus defensas.

En síntesis, este test, es aplicable para el diagnóstico de la personalidad en todas las edades, desde el niño que apenas ha aprendido a hablar hasta para el anciano. Generalmente es apropiado para ampliar la medición de la inteligencia, y es especialmente valioso como medio auxiliar confiable en la psicología clínica, el diagnóstico de la neurosis y el diagnóstico diferencial psiquiátrico.

3.2.5. INDICADORES DE DEPRESION.

Los indicadores de depresión encontrados en el Rorschach fueron descritos por diferentes autores (Rorschach, Shafer Ray, Beck, Rapaport, Gill y Francesc Ma. Rovira) de los cuales todos coinciden en los siguientes:

1. F 80 - 100 %
2. D < 60 %
3. M ausencia o no más de 1.

4. Tiempo del número de respuestas corto.
5. Tiempo de reacción largo.
6. R abajo de 20 - 15 (total de respuestas).
7. A % > 50 %
8. O % de 0 a 10 %
9. P % > 30 %
10. W < 4 - 5
11. Suma de C < 1.5
12. C pura (sangre) en las láminas II ó III.
13. Sucesión rígida.
14. Expresiones de sentimientos de inadecuación¹.
15. Retraso de procesos perceptuales y asociativos².
16. Críticas sutilmente agresivas ocasionales de la prueba o del examinador.
17. Frecuentes autocríticas y desprecio de sí mismo (baja autoestima).

Para encontrar rasgos depresivos en una persona, es posible analizar el perfil de la prueba aplicada y encontrar estos indicadores. Que proporcionan un apoyo para el diagnóstico diferencial de esta patología.

3.3. INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD M.M.P.I.

El Inventario Multifásico de la personalidad (M.M.P.I.) diseñado por Storke Hathaway y colaboradores miembros de la Universidad de Minnesota, E.E.U.U., es una prueba de cuestionario que refleja las posiciones psíquicas dentro de una personalidad. Es apto para el estudio de las masas y, cuando se dispone de poco tiempo, para el estudio individual (*Schraml, 1975, p. 116*).

¹ Son actitudes de pesimismo, negativismo, y desesperanza hacia sí mismo ("No me gusta como soy", "Todo lo hago mal"), hacia el mundo ("Es malo", "Es horrible"), y hacia el futuro ("Es negro", "Será peor").

² Cuando el registro indica lentitud en la percepción de las figuras y la asociación con alguna forma específica, lo cual se deja ver en el tiempo de reacción, que generalmente es alargado (tiempo psíquico lentificado) y en las pocas respuestas reducidas durante la prueba (falta de energía psíquica).

En la clínica ha significado un instrumento confiable y rápido, para encontrar rasgos patológicos específicos ya que sus escalas están bastante bien identificadas y logran hacer una perfecta descripción del sujeto con respecto a su organización psicológica.

Realizar una descripción muy detallada de la prueba sería infructuoso, debido a que actualmente existen cientos de libros, folletos, revistas y tesis de diferentes grados que ofrecen mucha información sobre su descripción, su método y sus bases y también explican las recientes y bastas investigaciones que se han hecho sobre la prueba y con la prueba. Entonces únicamente se brindará un panorama general de su importancia en la clínica y sus principales características.

El MMPI es un conjunto de 566 enunciados afirmativos de autorreferencia, por medio del cual es posible obtener las características personales del individuo quien, al momento de responder muestra la imagen que tiene de sí mismo. Una de las principales características que los distinguen es el atributo de ser un instrumento autodescriptivo ya que la persona se describe a sí misma en una situación controlada. Cuenta además con una base estadística sólida que otorga a cada una de sus escalas un alto grado de validez (Rívera, 1987, p.25). Consta de tres escalas de validez, L, F y K, y diez escalas para diferenciar grupos clínicos:

| | | | | |
|---|---|--------------------------|---|----|
| 1 | = | HIPOCONDRIASIS | = | Hs |
| 2 | = | DEPRESION | = | D |
| 3 | = | HISTERIA | = | Hi |
| 4 | = | DESVIACION PSICOPATICA | = | Dp |
| 5 | = | MASCULINIDAD Y FEMINIDAD | = | Mf |
| 6 | = | PARANOIA | = | Pa |
| 7 | = | PSICASTENIA | = | Pt |
| 8 | = | ESQUIZOFRENIA | = | Es |
| 9 | = | HIPOMANIA | = | Ma |
| 0 | = | INTROVERSION SOCIAL | = | Is |

La escala L se refiere al grado de franqueza del sujeto al responder la prueba, es el termómetro de "mentira" que evalúa la distorsión de la prueba (Nuñez, 1987, p.47). La escala F exhibe rasgos de personalidad y sirve para saber de que forma resolvieron la prueba los sujetos, Ofelia Rivera encontró que esta escala ofrece elementos severos de alteraciones psicológicas y tendencias a exagerar la propia problemática (Rivera, 1987, p.63). La K nos habla del grado de defensa del sujeto ante la prueba y del grado de insight es decir, las tendencias del sujeto de reconocer la propia problemática (Graham, 1987, p.26).

Para la construcción de la escala 2 (D) se emplearon muestras de pacientes diagnosticados con depresión reactiva, maníacos depresivos en fase depresiva y otros pacientes psiquiátricos. La escala fué diseñada para medir el grado de depresión expresada en el cuadro psicológico como: baja moral, sentimientos de desesperanza y tristeza (Mojica, 1992, p.28).

3.3.1. APLICACION.

Se puede administrar en forma individual o colectiva, los pasos a seguir para su aplicación se resumen como sigue (Graham, 1987, p.6):

1. En primer lugar se entrega al examinado un folleto que contiene los 556 enunciados de la prueba y una hoja de respuestas, en la cual hay dos opciones para responder a cada ítem, C para cierto y F para falso.
2. Se pide al examinado que lea las instrucciones que vienen al principio del folleto y se aclara cualquier duda al respecto.
3. Una vez que el sujeto terminó de responder el cuestionario, se procede a calificar con una serie de plantillas referentes a cada una de las trece escalas de la prueba, contando con un valor de un punto cada respuesta sombreada que aparezca en la plantilla.

4. Se construye el perfil de los resultados de la siguiente manera:
 - Se transfieren los puntajes crudos de la hoja de respuestas o forma de registro a los espacios apropiados al pie de la forma del perfil, asegurándose que sea el referente al sexo de la persona.
 - Se agrega la corrección del factor K a los puntajes crudos de las escalas Hs, Dp, Pt, Es y Ma.
 - Se gratifican los números correspondientes a los puntajes T que vienen relacionados en la columna, arriba del nombre de la escala.
5. Se codifica el perfil. Para hacerlo existen dos sistemas, el creado por Hathaway y Me Kinley y el desarrollado por Welsh en 1947. Actualmente esta última clave es la que se usa para la codificación del perfil, por tal razón en seguida se explican los pasos a seguir para obtener el perfil con ella.

3.3.2. CLAVE DE WELSH.

- Primero**, utilizar el número en lugar del nombre de la escala clínica.
- Segundo**, registrar en orden descendiente de valores de puntuaciones T los diez números de las escalas clínicas, desde la mayor hasta la menor de izquierda a derecha.
- Tercero**, registrar las tres escalas de validez a la derecha y separadas de las escalas clínicas (L,F,K), en el orden de las puntuaciones T con la mayor en la izquierda y la menor en la derecha.
- Cuarto**, se subraya la escala adyacente que esté dentro de un punto de la puntuación T y cuando tenga el mismo puntaje T se coloca en la secuencia ordinal encontrada en la hoja del perfil y se subraya.
- Quinto**, para indicar la elevación de la escala, se insertan los símbolos apropiados después de los números de las escalas de la manera siguiente:

50 - 59 /

40 - 49 :

30 - 39 *

29 - menor a la derecha de *

Sexto, repetir los pasos 4 y 5 para las escalas de validez.

3.3.3. INDICADORES DE DEPRESION.

Hathaway y Storke, Nuñez y Rivera Jiménez, encontraron perfiles característicos de personas que cursan por cuadro depresivo. Estos perfiles se pueden tomar en cuenta para localizar rasgos depresivos en los pacientes psiquiátricos. Dentro de estos perfiles tenemos los siguientes:

- | | | |
|-----|---------------|--|
| 1. | 2 > T70 | Psicosis Depresiva Reactiva. |
| 2. | 9 > T70 | Psicosis Maniaco-Depresiva, Maniaca. |
| | 9,3,6,4, | |
| | 2 al final | |
| 3. | 2,4,8,9 | Psicosis Maniaco-Depresiva, Mixta. |
| | 8,2, 6 9,2 | |
| 4. | 2,1 6 1,2 | Psicosis Maniaco-Depresiva. |
| 5. | 1,2,3 > T70 | Reacción Psicofisiológica de ansiedad y depresiva. |
| 6. | 1,2,3 > T70 | Carácter histeroide con depresión reactiva. |
| 7. | 1,2,3,4 > T70 | Personalidad ansiosa, desórdenes de la |
| | LFK < T70 | personalidad debidas al alcoholismo, depresión y |
| | | reacción psicofisiológica. |
| 8. | 1,2,3,7 > T70 | Reacción psicofisiológica que implica ansiedad. |
| | 1,2 > 3,7 | y una personalidad pasivo-dependiente. |
| | 7,9 < T70 | |
| 9. | 2,3 | Cuadro depresivo intenso. |
| 10. | 2,7 | Reacción depresiva. |
| 11. | 2,8 | Pacientes con depresión, ansiedad y agitación. |

- | | | |
|-----|-------|--|
| 12. | 2,3,1 | Depresivos psiconeuróticos. |
| 13. | 2,7,4 | Reacción de ansiedad, personalidad pasivo agresiva. |
| 14. | 2,7,8 | Psicosis Maniaco-Depresiva. |
| 15. | 3,2,1 | Patrón Neurótico Mixto con tendencias depresivas y somatizaciones. |
| 16. | 4,6,2 | Síndrome de sufrimiento psíquico (ansiedad, depresión, tensión). |

El diagnóstico diferencial de trastornos depresivos de la personalidad es más sencillo si se toman en cuenta estos perfiles para detectar rasgos de depresión. Después de haber realizado la gráfica correspondiente, se analiza el perfil para corroborar el diagnóstico.

CAPITULO 4

M E T O D O

4.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se han detectado problemas en PMPSM de la Fac. de Medicina de la UNAM, en cuanto a la emisión del diagnóstico. El diagnóstico que se emite con mayor frecuencia es el de depresión. Pareciera ser que no hay mucha coincidencia entre el diagnóstico emitido por el departamento de psiquiatría y el de psicología por lo tanto esta investigación se ha propuesto contestar las siguientes preguntas:

1. ¿Habrá coincidencia entre los indicadores de depresión encontrados en las pruebas psicológicas (TAT, RORSCHACH y MMPI) y el diagnóstico de depresión emitido por el psicólogo?
2. ¿Qué coincidencia existirá entre el diagnóstico de depresión emitido por el departamento de psicología y el del departamento de psiquiatría?

4.2. DEFINICION DE LA POBLACION.

Para la realización del presente estudio se trabajó con el total de la población registrada en los archivos clínicos de PMPSM, correspondiente a los meses de enero a diciembre de 1992. Al momento de realizar la investigación esta población fue de 821 pacientes.

PMPSM se encuentra ubicado en el edificio F de la Facultad de Medicina, en el circuito interior de Ciudad Universitaria, al sur de la ciudad de México. Este departamento está diseñado para dar atención psicológica a estudiantes de la UNAM, por tal motivo la población está formada por jóvenes de diversas carreras.

Ya que la investigación se va a realizar con jóvenes, es importante definir la etapa de juventud.

Juventud: es aquella etapa de la vida humana que se sitúa en un intervalo que barca de los 18 a los 22 años. Es un período de consolidación cuando la persona entiende que las otras personas son producto de sus propias historias (*Bee y Mitchell, 1984, p.406*). Durante esta etapa el sujeto entra "en sociedad" conscientemente y se enfrenta con el problema laboral-profesional y el matrimonio (*Pedroza A., 1976, p.346*).

4.3. SELECCION Y TIPO DE MUESTRA.

Se seleccionó una muestra de 63 expedientes del total de pacientes registrados durante el año de 1992.

Esta selección se efectuó mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional. Este tipo de muestreo no permite hacer una asignación aleatoria de los sujetos y se utiliza según los intereses del investigador, quien generalmente busca aquellos elementos que le proporcionen mayor información (*Bustos de Rufz, 1982, p.175*). De esta manera las características quedaron delimitadas de acuerdo con los intereses de este estudio y a continuación se enlistan:

1. Estudiantes de la UNAM.
2. Pacientes del Dpto. PMPSM de la Fac. de Medicina de la UNAM que fueron atendidos de enero a diciembre de 1992.
3. Que hayan sido remitidos al Area de Psicología del mencionado departamento.
4. Que se les haya aplicado cualquiera de los siguientes tests:
 - a) Test de Manchas de tinta de Rorschach.
 - b) Test de Apercepción Temática de Murray - TAT.
 - c) Inventario Multifásico de la Personalidad de Minesotta, MMPI.

4.4. DISEÑO.

La presente investigación es de tipo **EX-POST-FACTO** que significa "A partir de lo ya acontecido" denota algo que sucede o que se realiza después de un fenómeno que tiene un efecto retroactivo sobre el hecho.

En las investigaciones de este tipo, es imposible manipular y asignar los sujetos o tratamientos debido a que la variable o variables independientes ya ocurrieron.

El investigador comienza la observación de la variable dependiente y estudia retrospectivamente las variables independientes en busca de los efectos que pudieran tener en aquella (*Kerlinger C., 1975, pp.268-294*).

De acuerdo con lo anterior se optó por usar este tipo de diseño experimental, ya que la situación a analizar (los resultados de las pruebas psicológicas aplicadas en el año de 1992) ya sucedió.

4.5. INSTRUMENTOS.

Los instrumentos que se utilizaron para el análisis de los resultados de las pruebas fueron:

1. Los indicadores de depresión para el Test de Manchas de Tinta de H. Rorschach.
2. Los indicadores de depresión para el Test de Apercepción Temática de Murray (TAT).
3. Los indicadores de depresión para el Inventario Multifásico de la personalidad de Minesotta (MMPI).
4. Expediente clínico.

4.6. PROCEDIMIENTO.

En principio se procedió a pedir autorización para el acceso a los archivos de PMPSM de la Fac. de Medicina, presentando el proyecto de esta investigación al Director, Dr. Alejandro Díaz y a la Jefa del Área de Psicología, Psic. Ofelia Rivera J. Dicho proyecto fue autorizado y se me brindaron las facilidades necesarias para su realización.

El programa de trabajo en los archivos de PMPSM se llevó a cabo durante 4 semanas con un total de 7 hrs. diarias; se me proporcionó una mesa y una silla, además se me indicó, no saliera ningún expediente del lugar.

La investigación se realizó en tres partes, la primera consistió en la revisión bibliográfica con el fin de obtener los indicadores de depresión para las pruebas TAT, RORSCHACH y MMPI; la segunda fue el análisis de todos los expedientes registrados en el año de 1992; y la tercera consistió en el análisis de la muestra elegida.

PRIMERA PARTE

El trabajo realizado en esta primera parte consistió en hacer una revisión bibliográfica de las pruebas psicológicas (TAT, RORSCHACH y MMPI), para obtener los indicadores de depresión para cada uno de estos tests y constituir de esta forma los instrumentos usados en este estudio, con los cuales se llevó a cabo el análisis de los resultados de estas pruebas para cada paciente seleccionado en la muestra. La información obtenida se encuentra en el tercer capítulo del marco teórico de esta tesis.

SEGUNDA PARTE

En la segunda parte se llevó a cabo un análisis exhaustivo de cada uno de los expedientes registrados en 1992, con el fin de obtener los siguientes datos:

1. Sexo.
2. Edad.
3. Carrera.
4. Diagnóstico psiquiátrico.
5. Estudio psicológico.

Los datos de edad se tabularon directamente, para los demás se usaron características excluyentes y se les asignó un valor ordinal, con el fin de tener un mejor manejo de ellos.

Para sexo, se usó:

1. Masculino.
2. Femenino.

En carrera las siguientes claves:

1. Arquitectura.
2. Ciencias: matemáticas, biología, actuarial y física.
3. Contaduría y administración.
4. Ciencias políticas y sociales.
5. Derecho.
6. Economía.
7. Enfermería.
8. Filosofía y Letras.
9. Ingeniería.
10. Medicina.
11. Psicología.
12. Química.
13. ENAP (todas las carreras).
14. Preparatorias (todas).
15. CCH (todos los planteles).
16. Trabajo social.
17. Odontología.
18. Ciencias de la comunicación.
19. Veterinaria.
20. Sociología.
21. ENEP (todas las carreras y todos los planteles).
22. Posgrado (en cualquier área y carrera).
23. Escuela Nacional de Música.

Las claves para el diagnóstico psiquiátrico están basadas en la nomenclatura del DSM-III-R, en aquellos casos cuyo diagnóstico no cabía dentro de esta clasificación se registraron literalmente y se les asignó el siguiente valor:

1. "Depresión" sin especificar el tipo.
2. Intentos suicidas.
3. Esquizofrenia sin especificar tipo ni clasificación.
4. Trastorno del estado de ánimo.
5. Psicosis sin especificar tipo ni clasificación.
6. Trastorno afectivo.
7. Orgánico.

El registro de estudio psicológico fue:

1. Si.
2. No.

En el caso de si, se anotó el nombre de las pruebas aplicadas.

Después de registrar los datos anteriores a mano, se procedió a capturarlos en computadora PC con el programa Lotus. Los datos fueron acomodados en columnas verticales de izquierda a derecha en el orden asignado (no. de expediente, sexo, edad, carrera, diagnóstico psiquiátrico y estudio psicológico).

Se trabajó estadísticamente con los datos capturados con el fin de obtener las gráficas correspondientes a:

1. Concurrencia por género en el año de 1992.
2. Concurrencia de carreras en el año de 1992.
3. Distribución por edades en el año de 1992.
4. Diagnósticos más frecuentes en el año de 1992.

TERCERA PARTE

En la tercera y última parte de la investigación se trabajó con la muestra de 63 pacientes.

Primeramente se enlistaron los expedientes del 1 al 63 de acuerdo con el orden de registro asignado en el archivo de PMPSM. Para que de una manera ordenada se analizara detalladamente cada uno. La forma de trabajo para cada expediente fue la siguiente:

1. Se extrajeron las pruebas psicológicas (TAT, RORCHACH o MMPI), que fueron aplicadas al paciente.
2. Se analizaron los resultados de las pruebas de acuerdo con los indicadores de depresión para cada una de ellas.
3. Se anotó en una hoja de registro los siguientes datos:
 - a. Número de caso.
 - b. Nombre de la prueba.
 - c. Número de indicador encontrado.
 - d. Total de indicadores encontrados.
 - e. Grado de depresión.

Para valorar el grado de depresión se elaboró la siguiente tabla:

GRADOS DE DEPRESION.

M M P I

| | |
|----------|---|
| LEVE | Perfil con una o más escalas entre T69 y T79 ('). |
| MODERADA | Perfil con una o más escalas entre T80 y T89 (''). |
| SEVERA | Perfil con una o más escalas entre T90 y T99 ('''). |

RORSCHACH

| | | | | |
|----------|----|---|----|-------------|
| LEVE | 1 | a | 6 | indicadores |
| MODERADA | 7 | a | 12 | " |
| SEVERA | 13 | a | 17 | " |

T A T

| | | | | |
|----------|---|---|---|-------------|
| LEVE | 1 | a | 2 | indicadores |
| MODERADA | 3 | a | 4 | " |
| SEVERA | 5 | a | 7 | " |

La tabulación de todos estos datos se hizo a mano y posteriormente se procedió a capturar en una computadora PC con el programa WP 5.1. Los datos de la hoja de registro se ordenaron en una tabla cuyas columnas corresponden al número de caso, prueba aplicada, indicadores de depresión encontrados y grado de depresión (ver apéndice A).

Después de esto se procedió a capturar en la computadora PC con el programa Lotus, los indicadores de depresión encontrados en cada prueba, con el fin de obtener las gráficas de indicadores de depresión más frecuentes en el diagnóstico de depresión.

También se registró en computadora con el programa WP 5.1 el resumen del reporte psicológico para cada paciente con el fin de tener el dato del diagnóstico psicológico. Esta información se encuentra en el apéndice B.

Se elaboró un cuadro para comparar el diagnóstico psicológico con el grado de depresión encontrado en las pruebas psicológicas (ver Cuadro 1) y también se hizo una comparación del diagnóstico psicológico con el diagnóstico psiquiátrico (ver Cuadro 2), con el fin de saber el grado de concordancia de ambos diagnósticos. Finalmente, se elaboró un cuadro (ver Cuadro 3) para comparar por un lado, la coincidencia de la detección de depresión hecha por psicólogos y pruebas psicológicas, y por el otro, la coincidencia del diagnóstico de depresión por parte de psiquiatras y psicólogos.

CAPITULO 5

RESULTADOS

5.1. PROCEDIMIENTO ESTADISTICO Y PRESENTACION DE LOS DATOS.

Esta investigación tuvo dos objetivos: primero, analizar los indicadores de depresión en las pruebas psicológicas utilizadas por los psicólogos (TAT, RORSCHACH y MMPI), con el fin de comparar esta información con el diagnóstico de depresión que ellos emiten. Y segundo, comparar el diagnóstico de depresión del psicólogo con el del psiquiatra.

Esto se realizó en tres partes, primero se llevó a cabo una revisión bibliográfica de las pruebas utilizadas en la investigación con el fin de obtener los indicadores de depresión para cada una de ellas, con los cuales se trabajó la muestra; después se analizaron cada uno de los expedientes registrados en el año de 1992 para obtener entre otros datos, la frecuencia de casos diagnosticados con depresión y el conjunto de la muestra. Finalmente, por un lado, se comparó el diagnóstico psicológico de depresión con el grado de depresión detectado por las pruebas y, por el otro, el diagnóstico de depresión de psicólogos con el de psiquiatras.

Es importante aclarar que se identificaron los rasgos depresivos de cada paciente analizando los resultados de las pruebas psicológicas (indicadores de depresión).

A los indicadores de depresión de las pruebas (delimitados en la primer parte), se les asignó un valor ordinal; lo mismo sucedió con los datos de la segunda parte, para la obtención de las gráficas de concurrencia por género, carrera, edad y diagnósticos más frecuentes.

Con el análisis estadístico, se detectaron características específicas de esta población universitaria que brindaron elementos importantes para una mejor comprensión de estos rasgos.

La presentación final de estos datos fue dada en porcentajes, de igual manera, se elaboraron tablas y gráficas de estos, ya que de esta forma son más comprensibles.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en esta investigación.

5.2. ANALISIS DE RESULTADOS.

Al realizar la revisión bibliográfica se logró encontrar los indicadores de depresión para cada prueba, con ellos se realizó el análisis de los resultados de las pruebas aplicadas a los pacientes de PMPSM, durante el año de 1992. Estos indicadores aparecen en el capítulo 3, al final de la descripción del TAT, el Rorschach y el MMPI.

El total de pacientes que asistieron a PMPSM durante el año de 1992 fue de 821, con este número fue posible elaborar las gráficas para:

1. Concurrencia por género en 1992(ver gráfica y tabla 1).
2. Concurrencia por carrera en 1992(ver gráfica y tabla 2).
3. Distribución por edades en 1992(ver gráfica y tabla 3).
4. Diagnósticos más frecuentes en 1992(ver gráfica y tabla 4).

De acuerdo con la gráfica de concurrencia por género durante el año de 1992, asistieron un 63% de pacientes femeninos y un 37 % de pacientes masculinos.

Es notable el alto porcentaje de las mujeres que acuden al departamento con respecto al de los hombres, esta situación es posible entenderla debido a que la mujer es más propensa o susceptible a los problemas emocionales de este tipo que los hombres (*Silverstein, 1991, p.66*).

La gráfica de concurrencia por carreras nos muestra que las cinco carreras que más acuden a PMPSM son:

| | |
|------------|-------|
| MEDICINA | 23 % |
| PSICOLOGIA | 9.4 % |
| DERECHO | 7.9 % |
| FILOSOFIA | 7.0 % |
| INGENIERIA | 6.2 % |

Las dos carreras que más frecuentemente acuden por apoyo psicológico son medicina y psicología. Recordemos que en la investigación de Ofelia Rivera y colaboradores (*Rivera, 1987, p.11*) el perfil característico de los estudiantes de medicina en el MMPI, es precisamente la elevación de las escalas 2 de depresión y la 8 de esquizofrenia, lo cual motivó la normalización del perfil medicina.

En cuanto a la **distribución por edades**, es posible observar en la gráfica que, las edades más frecuentes en la asistencia al servicio de salud mental fueron en primer lugar los 21 años, continuando con los 19 años, después los 20 años, luego los 18 años y finalmente los 22 años.

Se podría pensar que esta información no es importante por el hecho de que si se trabajó con una población de jóvenes, será obvio obtener rangos de frecuencia referentes a esa etapa de la vida humana. Pero estos datos sugieren una utilidad para los profesionales del departamento.

Otra utilidad de tener estos rangos de edad se basa en que, para futuras investigaciones, esta información se pueda comparar con sus resultados o puede servir de base para iniciar estudios que necesiten conocer las edades de jóvenes que más frecuentemente acuden a centros de salud mental.

La frecuencia de casos diagnosticados con algún tipo de depresión fue de un 43.44 % del total de pacientes atendidos durante el año de 1992. Los diagnósticos más frecuentes fueron:

TRASTORNO ADAPTATIVO CON ESTADO

| | | |
|--------------------|-------|--------|
| DE ANIMO DEPRIMIDO | 309.0 | 21.6 % |
|--------------------|-------|--------|

| | | |
|---|-------|--------|
| DEPRESION NEUROTICA (Distimia) | 300.4 | 14.2 % |
| TRASTORNO POR ANSIEDAD NO ESPECIFICADO | 300.0 | 10.6 % |
| TRASTORNO DE CONVERSION | 300.1 | 6.0 % |
| DEPRESION | 1 | 4.6 % |

Esta información sobre la población total registrada en PMPSM nos permite conocer la frecuencia de casos diagnosticados con depresión. Y como se esperaba, es realmente significativo este porcentaje, el cual en efecto, coloca a la depresión en el principal padecimiento mental entre los jóvenes universitarios.

En cuanto a los indicadores de depresión encontrados con más frecuencia, para el Test de Rorschach se encontraron: el indicador 8 (O% de 0 a 10 %), el 7 (A% > 50%), el 10 (W < 4-5), el 12 (C pura en las láminas II ó III), el 3 (M ausencia ó no más de 1) y el 6 (R abajo de 20-15).

Para el TAT, se encontró primeramente el 2 (temas), luego el 1 (Historias), después el 7 (distorsión de la apercepción), el 3 (Restricción de ideas) y finalmente el 4 (culpa y castigo).

En el caso de Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, MMPI tenemos que se encontraron con mayor frecuencia los perfiles referentes a los números 11, 14, 3, 4, 16 Y 10.

La frecuencia de estos indicadores encontrados, será de apoyo en el diagnóstico de depresión, ya que los psicólogos del departamento los pueden tomar en cuenta en la interpretación de los resultados de las pruebas psicológicas. Estos indicadores les permitirán ahorrarse tiempo y el trabajo de encontrarlos sin una guía.

Al hacer la comparación del diagnóstico psicológico de depresión con el grado de depresión captado por los indicadores de cada prueba (TAT, RORSCHACH y MMPI) se encontró que coinciden en un 73.01 %.

Para la comparación del diagnóstico psiquiátrico de depresión y el diagnóstico psicológico de depresión se encontró que coinciden en un 55.50 %.

Finalmente, del total de la muestra un 63.49 % fue diagnosticado con depresión por parte de los psiquiatras; un 33.3 % por parte de los psicólogos, y, las pruebas psicológicas detectaron depresión en un 53.96% del total de la muestra. Esto quiere decir que los psiquiatras diagnostican más la depresión que los psicólogos y que las pruebas, estas últimas detectaron un mayor número de pacientes con depresión que el diagnóstico de los psicólogos.

En cuanto al grado de depresión detectado por las pruebas se encontraron 8 casos con depresión leve, 12 para la moderada, 14 para la severa y 29 sin depresión. De acuerdo con las pruebas es posible concluir que el psiquiatra no diagnosticó con depresión los siguientes casos 3 depresiones leves, 5 moderadas y 2 severas. Y el psicólogo 4 leves, 3 moderadas y 5 severas.

Las cinco carreras más frecuentes encontradas en la muestra fueron:

| | |
|---------------|---------|
| MEDICINA | 17.46 % |
| FILOSOFIA | 11.11 % |
| DERECHO | 11.11 % |
| PREPARATORIAS | 9.52 % |
| INGENIERIA | 7.93 % |
| ENAP | 7.93 % |

CAPITULO 6

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Para verificar los planteamientos que originaron esta investigación, se retomarán los resultados obtenidos a través de la misma.

Es necesario considerar que emitir un diagnóstico de patología mental es un problema complicado. Desde el punto de vista psiquiátrico ha producido gran número de clasificaciones, con la intención de hacer cada vez descripciones más precisas. De esta forma se ha llegado a la elaboración de manuales de esta índole como el CIE-10 y el DSM-III-R.

Por otro lado, desde la visión del psicólogo al respecto, se realizan entrevistas, historias biográficas y se aplican pruebas psicológicas con el fin de llegar a un diagnóstico de la enfermedad del paciente. A pesar de todo lo anterior se encuentran discrepancias en cuanto a las opiniones de unos con otros profesionales de la salud mental y aún de los psicólogos con los mismos instrumentos que aplican.

Por tal razón el principal objetivo de la presente investigación fue el de proporcionar elementos que indiquen si el diagnóstico elaborado en PMPSM es correcto o no, y tener una idea en general de la forma como se está trabajando en este departamento.

Este objetivo se abordó tomando en cuenta un problema latente entre la juventud de nuestros días: la DEPRESION. Por tal razón la población investigada fue constituida por estudiantes universitarios de la UNAM, que son atendidos en el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental (PMPSM) de la Fac. de Medicina. En este departamento el diagnóstico de depresión es el que se emite con mayor frecuencia, es por eso que este estudio se enfocó en esta patología mental.

La importancia de contar con datos estadísticos acerca de las características de una población específica, es significativa, ya que esta información permite conocer los rasgos de un grupo de personas. Para PMPSM esta información adquiere valor en el hecho de que le permite conocer los rasgos generales de sus pacientes, lo cual sirve a los profesionales que laboran ahí para enfocar la atención de una manera adecuada y acorde con esos rasgos.

De acuerdo con todo lo anterior, de la presente investigación se concluye que durante el año de 1992, asistieron el doble de pacientes femeninos con respecto a los masculinos a PMPSM. Con este dato se comprueba que la mujer es más susceptible a problemas de tipo emocional que el hombre (*Silverstein, 1991, p.66*).

Dado que la asistencia a PMPSM es sobretodo de alumnos de Medicina y Psicología, sería importante realizar una campaña de promoción de estos servicios en toda la universidad, con el fin de abolir los prejuicios acerca de la asistencia a los centros de salud mental. Y en el caso de estas carreras dichas barreras no existen por tal razón no se predisponen a asistir y quizá esta sea la razón por la cual asisten mayor número de estos alumnos a este tipo de servicios, pero sería interesante investigar al respecto.

La información de la distribución por edades plantea la posibilidad de que sean útiles en dos sentidos; por un lado, para los profesionales del departamento y por el otro, a futuras investigaciones que requieran de esta información.

Los datos referentes a los diagnósticos más frecuentes en el departamento verifican que el diagnóstico de depresión es el que se emite con mayor frecuencia con respecto a otros. La frecuencia de casos con algún tipo de depresión, apoya la suposición de que a la mayoría de pacientes que acuden a PMPSM se les diagnostica con esta patología.

Lo anterior justifica la creación de programas de prevención a nivel primario y secundario, en nuestra Universidad con el fin de atender oportunamente el número de casos que se presentan anualmente a los servicios de salud mental. Además es importante tomar en cuenta al elaborar los planes preventivos, que la depresión es una de las enfermedades que más afecta a los jóvenes y por consiguiente, perjudica su desempeño académico, si de

acuerdo con esto se encaminan los programas, se logrará mejorar este rendimiento y en un futuro se podrá contribuir a la formación de profesionales mentalmente sanos.

Se sugiere también, la aplicación de un instrumento específicamente diseñado para detectar depresión, como por ejemplo la escala de Zung o de Hamilton (que son autoaplicables, sencillos, rápidos y de fácil interpretación). Que se pueden usar tanto en PMPSM como al ingresar a la UNAM (en el examen médico). Con el fin de captar casos depresivos y darles rápida atención.

Con las gráficas de los indicadores de depresión más frecuentes en el TAT, RORSCHACH y MMPI, se tendrá un apoyo para localizar los rasgos depresivos en los pacientes. Además los psicólogos del departamento los pueden tomar en cuenta al interpretar estas pruebas con el fin de ahorrarse tiempo y realizar un menor esfuerzo intelectual.

El grado de coincidencia de los resultados de las pruebas (indicadores de depresión) con el diagnóstico de depresión elaborado por los psicólogos es alarmante, ya que se esperaba contar con una consistencia interna del diagnóstico psicológico del 100 %, pero la realidad es que en un 26.99 %, los resultados de las pruebas no coinciden con el diagnóstico del psicólogo que los calificó e interpretó.

Con este dato quedan varias interrogantes por contestar: ¿cómo realiza su diagnóstico el psicólogo?, ¿en qué se basa aparte de las pruebas?, porque si se basara únicamente en las pruebas, el nivel de coincidencia sería más alto, ¿bajo que criterio las interpreta?. Es importante responder estas preguntas con el fin de saber cómo trabaja el psicólogo y cómo desempeña su labor en el departamento, esto servirá para mejorar la atención en el área de psicología. Estas preguntas se pueden responder en investigaciones subsecuentes donde se evalúe la labor del psicólogo en PMPSM.

Esta baja coincidencia nos lleva a plantear otras dos preguntas más: ¿el psicólogo maneja correctamente sus instrumentos? y ¿conoce el problema de la depresión?. Es necesario responder estas cuestiones que relucen por la incongruencia de la coincidencia de

las pruebas que el propio psicólogo interpreta y el diagnóstico que emite. Esta situación nos lleva a reflexionar sobre dos cosas, por un lado el hecho de que no maneja adecuadamente sus instrumentos, y por el otro, que no cuenta con la información suficiente de lo que implica la depresión con todos los signos y síntomas que la caracterizan.

Con respecto a la labor del psicólogo, un dato interesante que se obtuvo fue lo difícil que resultó reunir la muestra, porque había muy pocos pacientes remitidos al área de psicología. La dificultad estribó en el hecho de que de 821 pacientes registrados en todo el año únicamente 80 casos fueron remitidos al psicólogo y de esos solo a 63 se les aplicó cuando menos uno de los instrumentos usados en esta investigación. Esos 80 casos representan tan solo un 10.8 % del total de la población registrada en 1992, esto es de extrañarse ya que siendo un gran número la población total era de esperarse un buen número remitido al área de psicología. Ahora bien, de acuerdo con la división del trabajo en PMPSM, el psicólogo únicamente se encarga de hacer los reportes psicológicos que incluyen la aplicación de pruebas, si solo hace eso entonces ¿por qué tan pocos pacientes en todo el año fueron atendidos en su departamento?, eso nos hace pensar en la posibilidad de que el psicólogo desempeña otras actividades aparte de la aplicación de pruebas y el reporte psicológico, la pregunta en este caso sería, ¿cuáles son esas actividades?, porque de acuerdo con estos datos si en el departamento colaboran 11 psicólogos les tuvo que haber tocado atender a cada uno 7 pacientes durante todo el año de 1992, ni siquiera uno por mes.

De acuerdo con lo anterior es necesario investigar más al respecto ya que esta información podría usarse también para mejorar el servicio del área de psicología.

En cuanto a la comparación del diagnóstico psiquiátrico y psicológico de depresión, se encontró una muy poca coincidencia, esta información pone en duda la gráfica de diagnósticos más frecuentes durante el año de 1992. pero, en realidad ¿qué bases hay para decir cuál diagnóstico es el correcto, si en primera instancia se duda del diagnóstico psicológico?. En cuanto al diagnóstico psiquiátrico tampoco se cuentan con bases para

afirmar que es el correcto, ya que al realizar la revisión de cada uno de los expedientes de la población (segunda parte de esta investigación), se identificó que habían muchos casos en los cuales el diagnóstico no se basaba en el DSM-III-R, por ejemplo: un 4,6 % tenía como diagnóstico "depresión", y todavía falta contar a aquellos a los que se les asignó la clave del 2 al 7, con tal de poder manejar estos datos cuantitativamente. En unos expedientes no había historia biográfica ni entrevista psiquiátrica, en otros más había uno y otro no y en los que había alguno de ellos no se tenía acceso por la falta de legibilidad y claridad en la escritura. Tampoco se encontraron datos completos sobre el examen mental ni sobre el padecimiento actual. Así que no había manera de investigar el diagnóstico psiquiátrico.

De acuerdo con lo anterior es urgente y sumamente importante investigar sobre el método que usan los psiquiatras para llegar a un diagnóstico de patología mental. Una sugerencia sería evaluar su desempeño, con el fin de contestar preguntas como, ¿qué método usan para realizar la entrevista?, ¿todos realizan la historia biográfica?, ¿cuentan con una guía para su elaboración?, ¿bajo que criterios toman la decisión de remitir al paciente al área de psicología?, ¿qué hacen con el diagnóstico psicológico?, ¿cuentan con algún método en especial para evaluar al paciente?, ¿cómo hacen el examen mental?, etc.

De acuerdo con los resultados de estos cuestionamientos, sería útil implantar un tipo de entrevista estandarizada en el área psiquiátrica, además llevar un control de la forma de atención del paciente, cuando menos en las primeras sesiones hasta que se haya hecho el diagnóstico.

Otro aspecto importante que hay que tomar en cuenta con respecto a la poca coincidencia del diagnóstico psiquiátrico y psicológico, es la falta de coordinación y colaboración interdepartamental. Por ejemplo, si se sabe que una de las herramientas que hay que tomar en cuenta para la elaboración del diagnóstico, es la aplicación de pruebas psicológicas y el psiquiatra a cargo de "x" caso solicita del área de psicología un estudio de tal índole, es porque piensa tomarlo de apoyo para emitir su diagnóstico; de acuerdo con

esto era de esperarse que esa coincidencia fuera alta, pero la realidad es que en casi un 50 % no lo fue.

Lo anterior nos hace suponer que el psiquiatra no está tomando en cuenta la labor del psicólogo y quizá el origen de los pocos pacientes atendidos en psicología se deba a que entre los psiquiatras y psicólogos existe cierta rivalidad o pugnas por el campo de trabajo. Si así fuera se pensaría en que existe una falta de unidad en el desempeño de psiquiatras y psicólogos, lo cual obviamente está afectando la atención que se da al paciente. Esta situación estaría fomentando un sistema burocrático donde es más fácil decir: "tiene depresión" en lugar de efectuar una evaluación a conciencia del caso.

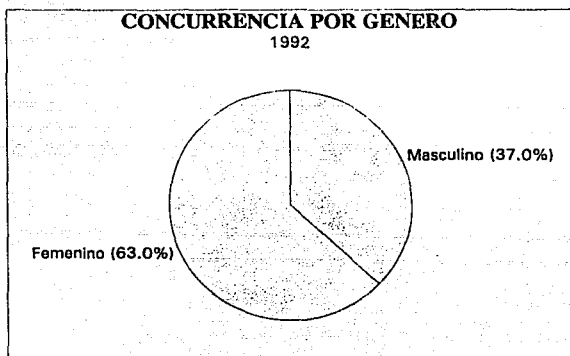
Creo que se debe hacer algo al respecto, y espero la información puesta a luz por la presente investigación logre despertar en la persona indicada un deseo por mejorar la atención en PMPSM, que es uno de los principales servicios de salud de nuestra Universidad.

En general, si se evalúa el trabajo tanto de psiquiatras como de psicólogos en cuanto a la forma como realizan el diagnóstico y la manera como se interrelacionan para trabajar, se podrá contar en un futuro con datos más homogéneos para siguientes investigaciones y una uniformidad en el servicio de PMPSM, considerando que la labor de los profesionales se debe basar en la organización y la unidad, donde el trabajo sea multidisciplinario en el sentido de que varios profesionales de diversas áreas del saber trabajan en conjunto con un mismo objetivo que en este caso sería la recuperación del paciente.

Finalmente, se propone la realización de un análisis que contemple años anteriores a 1992, con el fin de obtener la frecuencia de diagnóstico de depresión en el departamento, ya que con ese dato se podrá tener una idea en cuanto a si ha aumentado o disminuido este diagnóstico en PMPSM. Al respecto sería interesante investigar el diagnóstico que se emite con mayor frecuencia en el Centro de Atención Psicológica de la Fac. de Psicología y en el Centro Médico de la UNAM, y llevar a cabo una investigación similar a esta con el fin de

obtener datos para conocer la forma como se llega al diagnóstico en esos sitios, además de saber cómo están funcionando dichos centros de salud mental en nuestra Universidad.

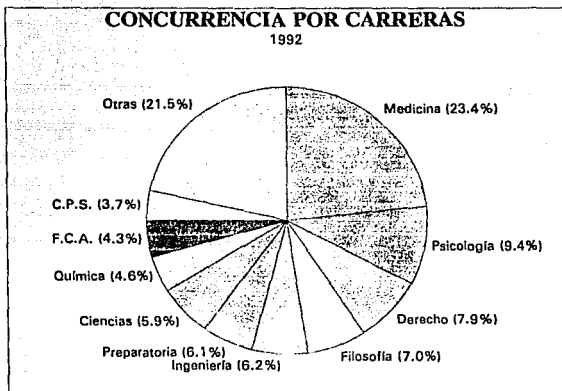
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



Gráfica 1

| GENERO | CASOS |
|---------------|--------------|
| Masculino | 243 |
| Femenino | 414 |

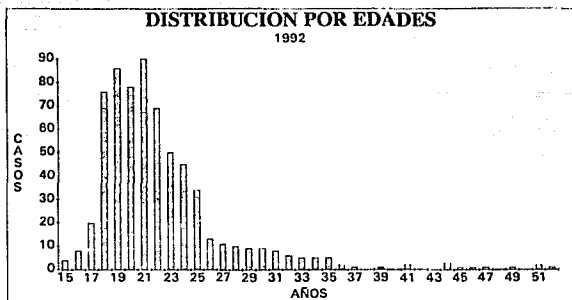
Tabla 1



Gráfica 2

| CARRERA | CASOS |
|----------------|--------------|
| Medicina | 154 |
| Psicología | 62 |
| Derecho | 52 |
| Filosofía | 46 |
| Ingeniería | 41 |
| Preparatoria | 40 |
| Ciencias | 39 |
| Química | 30 |
| F.C.A. | 28 |
| C.P.S. | 24 |
| Otras | 141 |

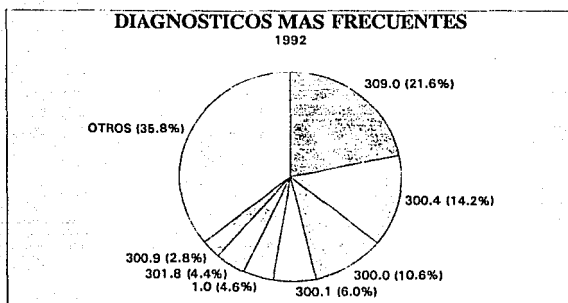
Tabla 2



Gráfica 3

| AÑOS | CASOS |
|------|-------|
| 15 | 4 |
| 16 | 8 |
| 17 | 20 |
| 18 | 76 |
| 19 | 86 |
| 20 | 78 |
| 21 | 88 |
| 22 | 69 |
| 23 | 50 |
| 24 | 45 |
| 25 | 34 |
| 26 | 13 |
| 27 | 11 |
| 28 | 10 |
| 29 | 9 |
| 30 | 9 |
| 31 | 8 |
| 32 | 6 |
| 33 | 6 |
| 34 | 5 |
| 35 | 5 |
| 36 | 2 |
| 37 | 1 |
| 38 | 0 |
| 39 | 1 |
| 40 | 0 |
| 41 | 2 |
| 42 | 0 |
| 43 | 0 |
| 44 | 3 |
| 45 | 1 |
| 46 | 1 |
| 47 | 1 |
| 48 | 0 |
| 49 | 1 |
| 50 | 0 |
| 51 | 2 |
| 52 | 1 |

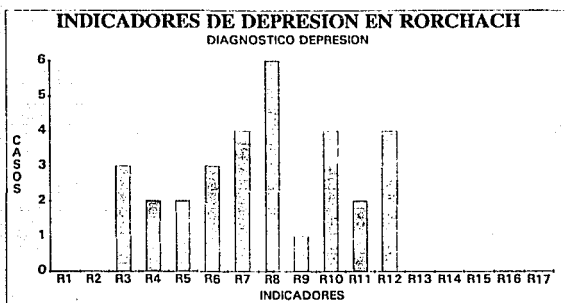
Tabla 3



Gráfica 4

| DIAGNOSTICO | CASOS |
|-------------|-------|
| 309.0 | 108 |
| 300.4 | 71 |
| 300.0 | 53 |
| 300.1 | 30 |
| 1.0 | 23 |
| 301.8 | 22 |
| 300.9 | 14 |
| OTROS | 179 |

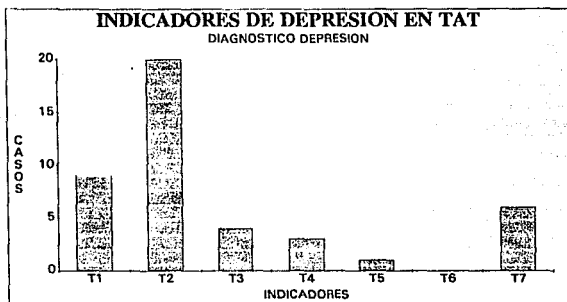
Tabla 4



Gráfica 5

| INDICADORES | CASOS |
|-------------|-------|
| R1 | 0 |
| R2 | 0 |
| R3 | 3 |
| R4 | 2 |
| R5 | 2 |
| R6 | 3 |
| R7 | 4 |
| R8 | 6 |
| R9 | 1 |
| R10 | 4 |
| R11 | 2 |
| R12 | 4 |
| R13 | 0 |
| R14 | 0 |
| R15 | 0 |
| R16 | 0 |
| R17 | 0 |

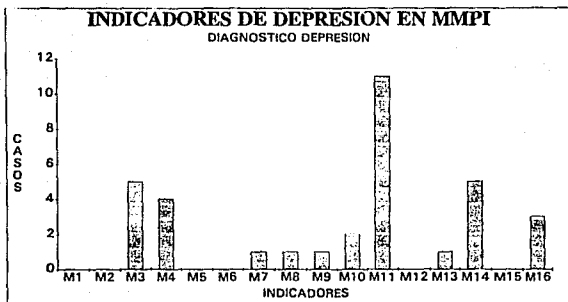
Tabla 5



Gráfica 6

| INDICADORES | CASOS |
|-------------|-------|
| T1 | 9 |
| T2 | 20 |
| T3 | 4 |
| T4 | 3 |
| T5 | 1 |
| T6 | 0 |
| T7 | 6 |

Tabla 6



Gráfica 7

| INDICADORES | CASOS |
|-------------|-------|
| M1 | 0 |
| M2 | 0 |
| M3 | 5 |
| M4 | 4 |
| M5 | 0 |
| M6 | 0 |
| M7 | 1 |
| M8 | 1 |
| M9 | 1 |
| M10 | 2 |
| M11 | 11 |
| M12 | 0 |
| M13 | 1 |
| M14 | 5 |
| M15 | 0 |
| M16 | 3 |

Tabla 7

| Depresión | Detección hecha por | |
|-----------|---------------------|---------|
| | PSICÓLOGO | PRUEBAS |
| SI | 21 | 34 |
| NO | 42 | 29 |

Cuadro 1

| Depresión | Diagnóstico hecho por | |
|-----------|-----------------------|------------|
| | PSICÓLOGO | PSIQUIATRA |
| SI | 21 | 40 |
| NO | 42 | 23 |

Cuadro 2

| | Coinciden en detectar depresión | |
|----------------------|---------------------------------|--------|
| | SI | NO |
| Psicólogos y Pruebas | 73.01% | 26.99% |

| | Coinciden en diagnosticar depresión | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------|
| | SI | NO |
| Psicólogos y Psiquiatras | 55.50% | 44.50% |

Cuadro 3

APENDICE A

| Caso | Prueba psicológica | No. de Indicador | Grado de Depresión |
|------|--|-------------------------|--------------------------|
| 1 | MMPI 598'6470321 TAT | T2 | |
| 2 | MMPI 23'56971840 | M9 | LEVE |
| 3 | MMPI 84'''29''671'305 TAT | M3 T1, T2. | SEVERO LEVE |
| 4 | MMPI 4'''2''1'8976035 TAT | M3 | SEVERO |
| 5 | MMPI 82'''4'1067395 TAT | M11 T2, T3. | SEVERO LEVE |
| 6 | MMPI 8*2'''7''49'01356 RORSCHACH | M11 | SEVERO |
| 7 | MMPI 58'72961304 TAT | T2 | |
| 8 | MMPI 87'''6''912'340(5) | | |
| 9 | MMPI 21389'46750 RORSCHACH | M4 R6,R7,R9,R10,R11 | LEVE LEVE |
| 10 | MMPI 82'''7''914'3560 RORSCHACH | M11 R5, R8. | SEVERO LEVE |
| 11 | MMPI 28''371'94506 TAT | M11 T2 | MODERADO LEVE |
| 12 | MMPI 8''261'739045 TAT RORSCHACH | M11 T2 R7 | MODERADO LEVE LEVE |
| 13 | TAT | T1, T2, T7. | MODERADO |
| 14 | MMPI 8'''27194'3605 | M11. | SEVERO |
| 15 | MMPI 62''78'340915 | M16 | MODERADO |
| 16 | MMPI 271'3845-609 TAT | M8 T2 | LEVE LEVE |
| 17 | MMPI 78'''9452''0316 RORSCHACH | R3, R6, R8, R10, R12. | |
| 18 | MMPI 2'''73086'4195 RORSCHACH | M10 R3,R6,R8,R10,R11 | SEVERO LEVE |
| 19 | MMPI 48'''6257'9301 TAT | | |
| 20 | MMPI 8'''971''364'25 | | |
| 21 | MMPI 2''786'943-150 TAT | M14 T1, T2, T4. | MODERADO MODERADO |

| | | | |
|----|--------------------------------|-------------------|----------|
| 22 | TAT | T1, T2. | |
| 23 | MMPI 71''82'439065. | | |
| 24 | MMPI 2''87''460'3915. | M14 | SEVERO |
| 25 | MMPI 8*7''25491630 | M14 | SEVERO |
| 26 | MMPI 2649358017 RORSCHACH | R3, R4, R12. | |
| 27 | TAT MMPI 342'1786590 | T2.16340 | |
| | TAT | T2, T3, T7. | |
| 28 | MMPI 8*17''49''526 | | |
| | TAT | | |
| 29 | MMPI 4'653291870 | | |
| | TAT | T2 | |
| 30 | MMPI 2*8''6754''1093 | M11 | SEVERO |
| 31 | MMPI 82''410'3596 RORSCHACH | M11 | MODERADO |
| | | R8, R12. | LEVE |
| 32 | MMPI 863497152-0 | | |
| 33 | MMPI 2*173''480'596 | M4 | SEVERO |
| | TAT | T1, T2, T3, T7. | MODERADO |
| | RORSCHACH | R4, R7. | LEVE |
| 34 | MMPI 28''7''1'406593 | M14 | SEVERO |
| 35 | MMPI 5892'473160 | | |
| 36 | MMPI 26040573891 | | |
| | TAT | T1, T2. | LEVE |
| | RORSCHACH | R7, R8, R10, R12. | LEVE |
| 37 | MMPI 2''18'9347506 | M4 | MODERADO |
| 38 | MMPI 8*24''7530'91 | M6 | SEVERO |
| 39 | MMPI 13''59862470 | | |
| 40 | MMPI 342'1786590 | M7 | LEVE |
| | TAT | T2,T3,T7 | MODERADO |
| 41 | MMPI 852347160-9 | | |
| 42 | MMPI 4*6''2587''1'930 | M16 | SEVERO |
| | TAT | | |
| 43 | MMPI 28'76014359 | M11 | |
| | TAT | T1,T2,T4,T5,T7 | SEVERO |
| | RORSCHACH | R8 | LEVE |
| 44 | MMPI 8492'316705 | M3 | LEVE |
| 45 | MMPI 4629'58703-1 | M16 | LEVE |
| 46 | MMPI 42''7368910-5 | M13 | MODERADO |
| | TAT | T2 | LEVE |
| 47 | MMPI 684'97312-50 | | |
| | TAT | | |
| 48 | MMPI 28''31'765904 | M11 | MODERADO |
| 49 | MMPI 871''9''3246'50 | | |
| | TAT | | |

| | | | |
|----|---|---------------------------------|--------------------------|
| 50 | MMPI 84''7629'3015 | | |
| 51 | MMPI 86*791'''352'40 | | |
| 52 | MMPI 82''374'69105 | M11 | MODERADO |
| 53 | TAT | | |
| 54 | MMPI 954'8726013 RORSCHACH | | |
| 55 | MMPI 2*41''368'70(5)9 | M3 | SEVERO |
| 56 | MMPI 6934512870 | | |
| 57 | MMPI 2''78'5630941 | M14 | MODERADO |
| 58 | MMPI 8'''75''6249'301 | | |
| 59 | MMPI 5'''72''8'306149 TAT RORSCHACH | M10 T2,T6 R3,R7,R8,R9,R10 | MODERADO LEVE LEVE |
| 60 | RORSCHACH MMPI 6384251079 | | |
| 61 | MMPI 43'26781905 | | |
| 62 | MMPI 8''531'769420 | | |
| 63 | MMPI 584''29'63710 | | |

A P E N D I C E B

Resultados de los Reportes Psicológicos para cada caso.

| No. de expediente | Resumen del reporte |
|-------------------|---|
| 1 | No menciona nada sobre depresión solo se mencionan problemas emocionales. |
| 2 | No menciona nada sobre depresión. |
| 3 | No menciona nada sobre depresión, al contrario se dice que el paciente "muestra suficiente dinamismo", recurre a la somatización y presenta temor a la responsabilidad y al compromiso. |
| 4 | No se diagnostica depresión pero se expresa que "el hecho de no poder cubrir sus expectativas le deprime en extremo" y termina diciendo que el paciente puede llegar a elaborar ideas suicidas que se hagan realidad. |
| 5 | No se diagnostica depresión solo se menciona "se encuentra sumamente deprimida con la sensación de no ser querida por alguien". |
| 6 | No se menciona nada sobre depresión solo problemas con la figura materna. |
| 7 | No se menciona la depresión como un diagnostico de la personalidad solo se escribe "algo está pasando en él que lo deprime y angustia". |
| 8 | "Parece tratarse de una joven en quien existe sufrimiento interno que la motiva a buscar ayuda psicoterapéutica pero su desconfianza y las exigencias hacia sí misma y a los demás pueden obstaculizar su proceso". |
| 9 | "Por su alto grado de depresión y la constante angustia en la que vive, es posible que la paciente llegue a elaborar fantasmas de tipo suicida". |
| 10 | No se menciona nada sobre depresión. |
| 11 | "Se deprime en extremo, es posible que llegue a elaborar ideas suicidas más efectivas de las que ha intentado". |
| 12 | "Cursa por cuadro depresivo". |
| 13 | "Por las características encontradas en las pruebas psicológicas se puede decir que el paciente no presenta daño orgánico sino más bien un problema de tipo emocional". |
| 14 | "Presenta elementos depresivos ansiosos importantes". |

- 15 "Los sentimientos de inseguridad, le han ocasionado depresiones frecuentes al sentirse frustrado por no ver realizadas sus metas". "Cuadro depresivo".
- 16 "En la estructura de la personalidad se encuentran rasgos de tipo obsesivo".
- 17 "Se siente sumamente deprimida por lo que se muestra derrotista, con falta de motivación y pérdida general de interés". "Por el momento su depresión, su sensación de debilidad y su incapacidad para enfrentar su problemática, le han llevado a solicitar ayuda".
- 18 No se da el diagnóstico de depresión pero se explica: "inseguro, desconfiado, su edo. ánimo siempre tan depresivo bloquea sus aspiraciones, mostrando un actitud derrotista y aprehensiva".
- 19 No se menciona nada sobre depresión.
- 20 No se menciona nada sobre depresión.
- 21 "Estructura de personalidad psicótica".
- 22 No se menciona la depresión.
- 23 No menciona la depresión como diagnóstico solo como una característica de la personalidad, "reacciona con una fuerte angustia, depresión y aislamiento".
- 24 Sin diagnóstico de depresión se refieren intentos suicidas.
- 25 Nada de depresión.
- 26 Nada de depresión.
- 27 "Se trata de una estructura de personalidad histérica".
- 28 Nada de depresión.
- 29 "En general presenta una depresión reactiva leve, generada por la angustia que surge ante la enfermedad del padre".
- 30 Nada de depresión.
- 31 "Parece tratarse de una estudiante en la que resaltan la depresión y la minusvalía".
- 32 Nada de depresión.
- 33 "El hecho de no alcanzar sus expectativas le genera una acentuada depresión e inconformidad consigo mismo; así mismo su energía se encuentra disminuida lo que aumenta sus sentimientos de desesperanza, pesimismo y culpa". "No debe descuidarse su estado depresivo, ya que se encuentra muy elevado".
- 34 "El hecho de no alcanzar sus expectativas le genera una acentuada depresión e inconformidad consigo mismo; así mismo su energía se encuentra disminuida lo que aumenta sus sentimientos de desesperanza, pesimismo y culpa".
- 35 "La alumna presenta un cuadro depresivo ansioso marcado".
- 36 Nada de depresión.
- 37 Se mencionan dos intentos suicidas y que las presiones actuales por las que atraviesa "pueden generar la desorganización de su personalidad".

- 38 No se menciona nada de diagnóstico de depresión solo se escribe:
"es un muchacho que se encuentra sumamente deprimido con
profundos sentimientos de inseguridad y minusvalía y una
considerable disminución de la energía".
- 39 Nada de depresión.
- 40 "En las técnicas utilizadas no se encontraron elementos que nos
indiquen organicidad, sino básicamente problemas emocio-
nales que generan angustia".
- 41 Nada de depresión.
- 42 "Es una persona con un importante componente depresivo..."
- 43 "Estado Depresivo Reactivo de la Personalidad."
- 44 Nada de depresión.
- 45 "Manifestaciones de cierto grado de depresión"
- 46 "El hecho de no cubrir sus propósitos la deprimen, la llenan de
inseguridad..."
- 47 Nada de depresión.
- 48 "Características depresivas... prevaleciendo un tono afectivo de
tristeza y amor propio reducido"
- 49 Nada de depresión.
- 50 Nada de depresión.
- 51 Nada de depresión.
- 52 "Se observa en general un tono afectivo depresivo y una gran
tensión interna. Estructura de personalidad histérica, con rasgos de
carácter obsesivos funcionalmente integrados.
- 53 Nada de depresión.
- 54 Nada de depresión.
- 55 "En síntesis elementos depresivos que no parecen ser reactivos sino
con un matiz de cronicidad."
- 56 Nada de depresión.
- 57 "Manifestaciones depresivas, el pesimismo es una característica
importante de su personalidad. Personalidad Neurótica Depresiva."
- 58 Nada de depresión.
- 59 "Se trata de una persona que se encuentra sumamente deprimida,
sin motivación para marcarse metas, para actuar y mucho menos
para vivir, es posible que con frecuencia elabore fantasías
suicidas."
- 60 Nada de depresión.
- 61 Nada de depresión.
- 62 Nada de depresión.
- 63 Nada de depresión.

BIBLIOGRAFIA

1. ABT L.B. y L.Bellack. *Psicología Proyectiva*. Argentina. Edit. Paidós. 1967. pp.25-36; 57-59 y 37-51.
2. ALCOCK, Theodora. *La prueba de Rorschach en la práctica*. México. Edit. Fondo de cultura económica. 1975. pp.13-104.
3. ANASTASI, Anne. *Tests psicológicos*. España. Edit. Aguilar. 3a.Ed. 1973. p.13-114; 547-568.
4. ANDERSON y ANDERSON. *Técnicas Proyectivas del diagnóstico psicológico*. España. Edit. Rialp. 2a.Ed. 1976. pp.88-185; 224-271.
5. ANSTEY, Edgar. *Tests psicológicos*. España. Edit.Marova. 1985. pp.3-10.
6. ARIETI, G. y J. BEMPORAD. *Psicoterapia de la depresión*. México. Edit.Paidós. 1990. pp.17-29; 74.
7. ASATO BAÑOS, Lourdes. *Depresión y ansiedad en el paciente oncológico y su interrelación con el dolor*. México. Tesis Licenciatura. 1990. pp.5-40.
8. AYUSO GUTIERREZ, José Luis. *Las depresiones*. España. Edit.Interamericana. 1981. pp.108-119.
9. BALDESSARINI ROSS, J. *Las bases biomédicas de la depresión*. México. Edit. Prensa Médica Mexicana. 1986. pp.122-126.
10. BEE, Helen y Sandra MITCHELL. *El desarrollo de la persona en todas las etapas de la vida*. México. Edit.Harla. 1984. pp.406-408.
11. BELLACK, Leopoldo. *El uso clínico de las pruebas psicológicas del TAT, CAT y SAT*. México. Edit. Manual Moderno. 2a.Ed. 1978. pp.57-100; 119-140.
12. BELL, John. *Técnicas proyectivas*. Buenos Aires. Edit.Paidós. 2a.Ed. 1978. pp.51-102;106-119.
13. BOHM, E. *Vademecum del test de Rorschach*. España. Edit.Morata. 4a.Ed. 1978. pp.171-178.
14. BOWLBY, John. *La pérdida afectiva*. Argentina. Edit. Paidós. 1983. pp.256-272.

15. BRENNER, C. The mind in conflict.
New York. Edit. International University Press. 1982. pp.23-57.
16. BUSTOS DE RUIZ, Olga y Patricia BEDOLLA. Curso de prácticas del tercer nivel, social unidimensional. 4o semestre. México. Edit. Sistema único de prácticas, UNAM. 2a. Revisión. 1982. pp.173-224.
17. CALDERON NARVAEZ, Guillermo. Depresión.
México. Edit. Trillas. 2a. Ed. 1987. pp.6-90.
18. ESPEJEL ACO, Emma. La prueba del Rorschach.
México. Edit. [s.n.]. 2a. Ed. 1979. PP.3-5.
19. EXNER, J.E. Sistema comprensivo del Rorschach.
España. Edit. Pablo del Río. Tomo I. 1978. pp.37-70.
20. FENICHEL, O. Teoría psicoanalítica de las neurosis.
Buenos Aires. Edit. Paidós. 1979. pp.73-124.
21. FRANCESC, Ma. Rovira. El Rorschach. España. Edit. Siglo XXI. 1983. pp.5-10; 116-120.
22. FREEDMAN y KAPLAN. Comprehensive textbook of Psychiatry.
Baltimore. Edit. Williams & Wilkin. 2a. Ed. 1975. pp.747-749; 753.
23. FREEDMAN Y KAPLAN. Compendio de psiquiatría.
Barcelona. Edit. Salvat. 5a. Ed. 1980. pp.172-215.
24. FREUD, S. Obras completas.
México. Edit. Iztacihualt. Vol.V. 1981. pp.90-112.
25. FUENTENEYRO, Filiberto y Carmelo VAZQUEZ. Psicología médica, psicopatología y psiquiatría. Madrid. Edit. Mc Graw-Hill. 1990. pp.350-361.
26. GOLD MARK, S. Buenas noticias sobre la depresión.
Buenos Aires. Edit. Vergara. 2a. Ed. 1987. pp. 53-75; 96-300.
27. GRAHAM, John. MMPI - Guía práctica.
México. Edit. Manual Moderno. 1987. pp.1-86.
28. GUTIERREZ ALANIS, Ma. Teresa. Estudio de la prevalencia de la depresión infantil en un colegio particular para instrucción primaria de la Cd. de México. ensayo de la CDS versión española. México. Tesis Licenciatura. 1992. pp.16-17; 25-44.
29. HATHAWAY, Starke. Atlas clínico del MMPI.
México. Edit. Manual Moderno. 1974. pp.1-10; 560-564.

30. HILTMAN, Hildergard. Compendio de los tests psicodiagnósticos. Argentina. Edit. Kapeluz. 1962. pp.5,10-13; 121-124; 131-133.
31. HOLTZMAN, Wayne. Interpretación de Manchas de Tinta. México. Edit. Trillas. 1971. pp.15-22.
32. LA ROSA, Jorge. Escala de Locus de control y autoconcepto: construcción y validación. México. Tesis Doctorado. 1986. pp.6-26.
33. MAGNUNSSON, David. Teoría de los tests. México. Edit. Trillas. 3a. Ed. 1968. pp.77-80,153-151.
34. MEGARGEE, Edwin I. Métrica de la personalidad. México. Edit. Trillas. 1971. pp.15-34.
35. MENDELS, Joseph. La depresión. Barcelona. Edit. Herder. 2a. Ed. 1977. pp.9-30.
36. MOJICA ROA, Patricia Guadalupe. La depresión de la madre como factor en el consumo de drogas de los hijos. México. Tesis Licenciatura. 1992. pp.9,26-31.
37. MORTIMER, Ostow. La depresión: Psicología de la melancolía. Madrid. Edit. El libro de bolsillo. 2a. Ed. 1980. pp.5-23.
38. MURRAY, Henry. TAT-Manual. Argentina. Edit. Paidós. 4a. Ed. 1964. pp.13-18.
39. NOYES y KOLB. Psiquiatría clínica moderna. México. Ed. Fournier. 4a. Ed. 1978. pp.40-63.
40. NUÑEZ, Rafael. Pruebas psicométricas de la personalidad (Manual práctico del MMPI). México. Edit. Trillas. 1987. pp.31-181.
41. PEDROSA, Ariaco. Psicología Evolutiva. Madrid. Edit. Marova. 1976. pp.346-347.
42. PICHOT, Pierre. Los tests mentales. Argentina. Edit. Paidós. 1976. pp.13-15;85-90.
43. PORTUONDO, Juan. El Rorschach psicoanalítico. España. Edit. Biblioteca Nueva. 1976. pp.24-58,292-298.
44. PORTUONDO, Juan. Interpretación psicoanalítica del psicodiagnóstico de Rorschach. España. Edit. Biblioteca Nueva. 1976. pp.9-124.

45. PORTUONDO, Juan. Psicodiagnóstico del Rorschach en psicología clínica. España. Edit. Biblioteca Nueva. 2a. Ed. 1976. pp.25-34; 81; 89-108; 125-128; 298,345.
46. RABIN, Albert. Técnicas proyectivas para niños. Buenos Aires. Edit. Paidós. 1966. pp.21-41; 116-136.
47. RAPAPORT, David. Tests de diagnóstico psicológico. Argentina. Edit. Paidós. 1977. pp.31-85.
48. RIVERA JIMENEZ, Ofelia. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota. México. Edit. Diana. 1987. pp.11-87; 107-115.
49. RORSCHACH, Herman. Psicodiagnóstico. Argentina. Edit. Paidós. 8a. Ed. 1961. pp.58-59.
50. SCHAFER, Roy. The clinical application of psychological test. New York. Edit. Universities Press. 11a. Ed. 1965. pp.6-36.
51. SCHRAML, Walter. Psicología clínica. Barcelona. Edit. Herder. 1975. pp.107-128.
52. SILVAN, S. The thematic apperception test. New York. Edit. Grune Stratton. 11a. Ed. 1972. pp.5-60.
53. STURGEON, Wina. Depresión: como identificarla, como curarla, como superarla. México. Edit. Grijalbo. 1987. pp.114-124.
54. SUAREZ GONZALEZ, Verónica. Validación de la escala de automedición de la depresión de Zung en adolescentes estudiantes de secundaria mexicanos. México. Tesis Licenciatura. 1988. pp.33-51.
55. SZEKELY, Béla. Los tests. Buenos Aires. Edit. Kapelusz. 5a. Ed. 1966. pp.109-11; 1295-1324; 1591-1608.

DICCIONARIOS:

1. ENGLISH, H. Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Buenos Aires. Edit. Paidós. 1977. pp.45,79.
2. FRIEDRICH, Dorsch. Diccionario de Psicología. Barcelona. Edit. Herder. 1987. pp.47-48,68-67.
3. LAPLANCHE-PONTALIS. Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires. Edit. Labor. 1981. PP.318-325.

REVISTAS:

1. ARCHER, Robert P. y Raymont GORDON. MMPI and Rorschach indices of schizophrenic and depressive diagnoses among adolescent inpatients. Journal of Personality Assessment. Jun Vol. 52. 1988. E.U. pp.276-287.
2. CAPUTO, Sacco y Lisa LEWIS. MMPI correlates of Exner's Egocentricity Index in adolescent psychiatric population. Journal of Personality Assessment. Feb Vol. 56. 1991. E.U. pp. 29-34.
3. KLOPFER and TAULBEE. Projective test. Annual Review of psychology. Jan Vol. 27. 1976. pp.543-567.
4. LEFEBVRE, Alex y Nathalie, VERCRUYSE. Contribution du TAT a la clinique du veu depressif. Psychologie Fran caise. Sep Vol. 32. 1987. Francia. pp. 175-179.
5. LOPEZ, D. Conflicto psíquico y afecto depresivo. Cuadernos de Psicoanálisis. Julio-Diciembre Vol. 20. 1987. México. pp.7- 13.
6. NIELSEN, Geir y Karin, BARTH. Forlopet etter korttids dynamisk psykoterapi. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Mar Vol. 25. 1988. Noruega. pp. 147-154.
7. O'NEILL, Richard. Orality and depression in psychiatric inpatients. Journal Personality Disorders. Abril Vol. 5. 1991. E.U. pp.1-7.
8. SILVERSTEIN, B. y D. PERLICK. Diferencias sexuales en la depresión: cambios históricos. Focus on depression. Sep. Vol. 2, No. 3. E.U.A. 1992. pp.66-68.
9. SONG, Wei-zhen y Qiu-geng, CUI. Comparison of personality characteristics of university students in Beijing and Hong Kong. Acta Psychologic Sinica. Mar Vol. 19. 1987. China. pp.263-269.

10. VIGLIONE, Donald y William, PERRY. A general model for psychological assessment and psychopathology applied to depression. Britis Journal of Projective Psychology. Jun Vol. 36. 1991. E.U. pp.1-16.

MANUALES:

1. DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España. Edit. Masson. 1988. pp. 262-266; 274-278; 397.

FOLLETOS:

1. Hospital Regional 20 de Noviembre. Memorias del curso monográfico sobre depresión. México. Edit. ISSSTE. 1992. pp. 3-50.