

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

Escuela de Psicología



✓ Estudio sobre los Signos de Piotrowski
en Rorschach en un grupo de
Traumatizados Craneoencefálicos

T E S I S
Que para obtener el título de
MAESTRO EN PSICOLOGIA
p r e s e n t a :
JOSE PINTO MAZAL

Director de Tesis: Dr. Rafael Núñez



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

CONTENIDO

	INTRODUCCION	1
I	ANTECEDENTES HISTORICOS	3
II	CONSIDERACIONES PRELIMINARES	8
	PATOLOGIA ORGANICA INTRACRANEANA Y EL PSICO- DIAGNOSTICO DE RORSCHACH.	
	LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFALICOS.	
	LOS SIGNOS DE PIOTROWSKI.	
	CONSIDERACIONES RESPECTO A LOS SIGNOS DE <u>PIO</u> TROWSKI Y A LOS DE OTROS AUTORES.	
III	MATERIAL Y PROCEDIMIENTO USADOS	32
IV	CASOS CLINICOS	41
V	ANALISIS DE RESULTADOS	70
VI	CONCLUSIONES	80
	BIBLIOGRAFIA	81

I N T R O D U C C I O N

INTRODUCCION

LA IDEA DEL TEMA DE LA PRESENTE TESIS SURGIÓ AL HABER COLABORADO CON MERCEDES MEZA GÓMEZ PALACIO, APLICANDO Y CALIFICANDO EL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH A UN GRUPO DE PACIENTES TRAUMATIZADOS DE CRÁNEO INTERNADOS EN LA SALA TRES DEL HOSPITAL JUÁREZ. ESE MATERIAL UTILIZADO POR LA DRA. MEZA EN LA ELABORACIÓN DE SU TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO INTITULADA : "OBSERVACIONES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES CON TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS". (10).

AL HABERSE OBSERVADO QUE AL READMINISTRAR EL RORSCHACH A LOS MISMOS SUJETOS YA DADOS DE ALTA DEL HOSPITAL PERSISTÍAN ALGUNAS DE LAS CARACTERÍSTICAS QUE INDICABAN, SEGÚN PIOTROWSKI, PATOLOGÍA ORGÁNICA INTRACRANEANA, CORTICAL Y SUBCORTICAL, RESULTABA INQUIETANTE LA POSIBILIDAD DE QUE, BIEN LOS PACIENTES PERSISTIRÍAN EN PRESENTAR ESAS MISMAS CARACTERÍSTICAS, O QUE ELLAS FUERON COMUNES A LOS SUJETOS DEL MISMO NIVEL-SOCIO-CULTURAL NO OBSTANTE LA LESIÓN.

PARA INVESTIGAR ESE PROBLEMA BASTARÍA LA APLICACIÓN DEL PSICODIAGNÓSTICO A UN NÚMERO SEMEJANTE DE SUJETOS QUE REUNIERAN LAS MISMAS CONDICIONES DE VIDA EN CUANTO A SU NIVEL-SOCIO-CULTURAL. REQUERIRÍASE, ADEMÁS, TENER EN CUENTA QUE LA

SITUACIÓN DEL PACIENTE DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE LA PRUEBA AL ESTAR HOSPITALIZADO, Y, AÚN YA DADO DE ALTA, EN SU PROPIO-DOMICILIO, DABA UNA CONDICIÓN CONSTRICTIVA POR LO QUE RESULTA BA NECESARIO TRATAR DE OBTENER UN GRUPO CONTROL EN QUE SE REPITIERA EN ALGÚN GRADO ESA MISMA CONDICIÓN.

LA PRESENTE TESIS ES, PUES, UNA EXPOSICIÓN DE LOS - RESULTADOS OBTENIDOS CON EL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH EN- DOS ADMINISTRACIONES A LOS PACIENTES TRAUMATIZADOS Y EN DOS - ADMINISTRACIONES A UN GRUPO CONTROL, ENFOCADOS A LA COMPARA - CIÓN DE LA INCIDENCIA DE LOS 10 SIGNOS DESCRITOS POR PIOTROW- SKI COMO INDICADORES DE LESIÓN CEREBRAL INTRACRANEANA.

1

ANTECEDENTES HISTORICOS

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

EN EL PRESENTE TRABAJO NOS REFERIREMOS MUY SOMERAMENTE A LOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH EN SÍ. BÁSTENOS DECIR QUE ÉSTA TÉCNICA, PROBABLEMENTE LA QUE REÚNE MAYOR EFICACIA PARA LA INVESTIGACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD CON QUE CUENTA EL PSICÓLOGO EN LA ACTUALIDAD, FUE ELABORADA POR HERMANN RORSCHACH (1884-1922) - QUIEN LA PUBLICÓ EN SU MONOGRAFÍA "PSYCHODIAGNOSTIK" (16) EN 1921. HABIENDO MUERTO POCO TIEMPO DESPUÉS DE SACAR A LA LUZ SUS DESCUBRIMIENTOS, FUERON CONTINUADOS SUS TRABAJOS POR EMIL OBERHOLZER, QUIÉN HABÍA COLABORADO ÍNTIMAMENTE CON RORSCHACH EN LA ELABORACIÓN DE SU TÉCNICA. POCO A POCO FUE DIFUNDIÉNDOSE ÉSTA A BASE DE LAS ENORMES POSIBILIDADES Y VENTAJAS QUE PRESENTABA COMO UN INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO DELICADO Y ACERTADO.

SU MÁXIMO PRESTIGIO FUE ALCANZADO CUANDO SUSCITÓ UN GRANDÍSIMO INTERÉS ENTRE LOS PSIQUIATRAS Y PSICÓLOGOS NORTEAMERICANOS POR EL AÑO DE 1936, PUES AUNQUE YA ERA CONOCIDO EL MÉTODO EN LOS ESTADOS UNIDOS DESDE ALGUNOS AÑOS ANTES, FUE PAULATINO EL INCREMENTO DE SU USO A TRAVÉS DE LOS ESTU -

DIOS DE DIVERSOS INVESTIGADORES Y SU DIFUSIÓN. ENTRE ELLOS -
PODEMOS MENCIONAR A BECK, HEZT Y KLOPFER (8).- ESTE ÚLTIMO -
FUNDÓ EN 1935 UN SEMINARIO DEDICADO EXCLUSIVAMENTE AL ESTUDIO
DE RORSCHACH, Y ES UNO DE LOS AUTORES QUE HAN OFRECIDO UNA -
SERIE DE MODIFICACIONES MUY VALIOSAS A LA TÉCNICA. SE LE DEBE
A KLOPFER EL HABER FUNDADO EN 1936 EL "RORSCHACH RESEARCH - -
EXCHANGE", QUE AYUDÓ ENORMEMENTE A LA DIFUSIÓN DEL MÉTODO DE-
RORSCHACH. PIOTROWSKI FUE UNO DE LOS PROFESIONALES QUE TOMA-
RON PARTE EN EL PRIMER GRUPO DEL SEMINARIO DE KLOPFER.

LOS ANTECEDENTES DE LAS INVESTIGACIONES REALIZADAS-
EN CASOS DE PATOLOGÍA ORGÁNICA INTRACRANEANA SE ENCUENTRAN -
DESDE LOS TRABAJOS DEL PROPIO HERMANN RORSCHACH (16), EN UNA-
FORMA MUY POCO SISTEMATIZADA, PERO SIN EMBARGO ABRIENDO YA EL
CAMINO PARA FUTURAS INVESTIGACIONES EN ESTE CAMPO.

OBERHOLZER, A PARTIR DE 1931 EXTENDIÓ Y DESARROLLÓ-
EL MÉTODO EN CASOS DE LESIONES INTRACRANEANAS. FUE EL PRIMERO
QUE CONCLUYÓ EN SUS ESTUDIOS CON LA PRESENTACIÓN DE CIERTOS -
SIGNOS QUE SEÑALÓ COMO INDICATIVOS DE PATOLOGÍA CEREBRAL OR-
GÁNICA.

POSTERIORMENTE, SAMUEL BECK ENFATIZÓ LA NECESIDAD - DE ELABORAR MÁS AMPLIAMENTE LAS INVESTIGACIONES REFERENTES AL PROBLEMA DE LA APLICACIÓN Y CALIFICACIÓN SISTEMÁTICA DEL RORSCHACH EN PACIENTES CON LESIONES CEREBRALES.

SIMULTANEAMENTE, PIOTROWSKI PRESENTÓ (11) UNA SERIE DE 33 CASOS CONSISTENTES EN 18 PACIENTES CON LESIONES CEREBRALES, 10 CON LESIONES NO CEREBRALES PERO DEL SISTEMA NERVIOSO-CENTRAL Y 5 PACIENTES CON HISTERIA DE CONVERSIÓN. EN SUS TRABAJOS, ESTE AUTOR DESCRIBIÓ 10 SIGNOS DE CALIFICACIÓN QUE AISLÓ POR CONSIDERARLOS COMO CARACTERÍSTICOS DE ESTE TIPO DE PACIENTES. LOS TRABAJOS DE PIOTROWSKI ARRIBA MENCIONADOS FUERON PRESENTADOS EN EL AÑO DE 1937.

EN 1938 NADEL REALIZÓ UNA INVESTIGACIÓN SEMEJANTE - EN LA CUAL NO RESULTABAN VERIFICADOS LOS SIGNOS DE PIOTROWSKI EN LA CALIFICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE RORSCHACH DE PACIENTES CON LESIONES CEREBRALES, PUES ENCONTRÓ QUE EN LA MAYORÍA - DE SUS CASOS NO SE MANIFESTABAN 5 Ó MÁS DE ESOS SIGNOS (8).

SIN EMBARGO, SCHENK, TAMBIÉN EN 1938, REALIZÓ UN ESTUDIO BASÁNDOSE EN LOS 10 SIGNOS DE PIOTROWSKI Y OPINÓ EN SUS - CONCLUSIONES QUE DOS DE ELLOS SON DE MUCHA MAYOR IMPORTANCIA -

QUE TODOS LOS DEMÁS, Y QUE EN SÍ ESOS DOS SIGNOS APUNTAN LE -
SIÓN CEREBRAL AÚN EN AUSENCIA DE LOS OTROS SIGNOS (8).

HARROWER-ERICKSON (5) (6) DESARROLLÓ MÁS TARDE --
(1940-1941) UNA SERIE DE REQUISITOS STANDARD QUE CONSIDERÓ --
PRONÓSTICOS DE MEJORA POST-QUIRÚRGICA EN PACIENTES QUE HABÍ-
AN SIDO SOMETIDOS A OPERACIONES DEL CEREBRO. TRABAJÓ ESTA AU-
TORA CON PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES Y DESPUÉS CONTACTÓ-
ESTE GRUPO CON UNO DE SUJETOS CON EPILEPSIA FOCAL EN CUANTO A
SU CONDUCTA EN LA PRUEBA, RESULTANDO DE DICHO TRABAJO LA ELA-
BORACIÓN DE 5 SIGNOS QUE HARROWER-ERICKSON ESTIMA COMO IMPOR-
TANTES PARA EL PRONÓSTICO POST-QUIRÚRGICO. EN SUS ESTUDIOS, --
HARROWER-ERICKSON VERIFICÓ EN UN GRADO CONSIDERABLE LOS HA- --
LLAZGOS DE PIOTROWSKI, Y CONCLUYÓ ADEMÁS QUE LA LOCALIZACIÓN-
DE LA LESIÓN NO ES UN FACTOR IMPORTANTE.

OTRO AUTOR, ROSS, SEÑALÓ QUE LA SIGNIFICACIÓN DE --
LOS SIGNOS DE PIOTROWSKI ERA MÁS PSICOLÓGICA QUE CLÍNICA, Y --
QUE MAS BIEN DAN LA PAUTA PARA PENSAR EN UNA SERIA PERTURBA --
CIÓN DE LA PERSONALIDAD, PUDIÉNDOSE SOSPECHAR QUE DICHS TRAS
TORNOS TENGAN COMO BASE CAMBIOS ESTRUCTURALES.

MIXTER, TILLOTAN Y WIES (1940) ESTUDIARON PACIENTES
POST-LOBOTOMIZADOS CON EL PSICODIAGNÓSTICO, PERO SIN PROTOCO-

COLOS PRE-QUIRÚRGICOS.

EN EL MISMO AÑO HUNT HIZO UNA INVESTIGACIÓN SEMEJANTE COMPLETADA CON LOS ESTUDIOS PRE-QUIRÚRGICOS Y ENCONTRÓ, EN GENERAL, MUY Poca VARIACIÓN ENTRE AMBOS PROTOCOLOS.

GEORGE W. KISKER (7) REALIZÓ OTRA INVESTIGACIÓN -- ACERCA DE PROTOCOLOS DE RORSCHACH EN PACIENTES PRE Y POST- LO BOTOMIZADOS, ENCONTRANDO TAMBIÉN UNA APARENTE FALTA DE CAM -- BIOS CUANTITATIVOS EN LOS SIGNOS DE CALIFICACIÓN. SUGIERE ESTE AUTOR QUE LA PRESENCIA DE 8 SIGNOS QUE ÉL DESCRIBE TIENEN SIGNIFICADO PARA EL PRONÓSTICO POST-QUIRÚRGICO, AL IGUAL QUE- LOS 5 DESCRITOS POR HARROWER-ERICKSON.

MÁS ADELANTE HAREMOS UNA BREVE EXPOSICIÓN Y COMPA -- RACIÓN DE LOS SIGNOS DE ÜBERHOLZER, HARROWER-ERICKSON Y KIS -- KER CON LOS DESCRITOS POR PIOTROWSKI.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

PATOLOGÍA ORGÁNICA INTRACRANEANA Y EL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH.

ES COMÚN EN EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA HABLAR EN TÉRMINOS DE "ORGÁNICO" COMO CONCEPTO QUE SIGNIFIQUE "PERSONALIDAD ORGÁNICA", QUE ES EN SÍ TAMBIÉN UN CONCEPTO AMBIGUO Y POCO CLARO, PERO MUY FRECUENTEMENTE UTILIZADO POR MUCHOS AUTORES PARA REFERIRSE A LOS TRASTORNOS QUE ACOMPAÑAN A CAMBIOS REALES DE LA ESTRUCTURA CEREBRAL INTRACRANEANA. COMO SE PODRÁ VER, ES PUES UN TÉRMINO CON UNA GRAN AMPLITUD EN CUANTO AL CAMPO QUE ABARCA, YA QUE SE PUEDE USAR PARA DENOTAR UNA GRAN CANTIDAD DE PADECIMIENTOS.

EN EL PRESENTE TRABAJO NOS REFERIREMOS, AL HABLAR DE "PERSONALIDAD ORGÁNICA" A LA CONCEPCIÓN QUE SE LE PUEDA DAR AL TÉRMINO COMO CONCOMITANTE A LESIONES POR TRAUMATISMOS CRANEO-ENCEFÁLICOS DE MUY DIVERSAS ÍNDOLES COMO SE VERÁ MÁS ADELANTE.

AL ELABORAR PIOTROWSKI SUS 10 SIGNOS, ÉL LOS CONSIDERÓ INDICADORES DE PATOLOGÍA INTRACRANEANA PERO SIN INTENTAR UNA MAYOR LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN.

DESDE LUEGO ES MUY IMPORTANTE LA OBSERVACIÓN DE LA IMPOSIBILIDAD DE DETECTAR POR MEDIO DEL RORSCHACH CAMBIOS DE PERSONALIDAD CAUSADOS POR PEQUEÑAS LESIONES CEREBRALES AISLADAS TALES COMO PEQUEÑOS TUMORES LOCALIZADOS, CICATRICES, -- ETC. LA PRUEBA NOS DARÁ UN ÍNDICE SÓLO EN CASOS DE LESIONES -- MÁS O MENOS GENERALIZADAS (8).

SIN EMBARGO, SE HA SEÑALADO POR PUTNAM QUE LA MAYOR PARTE DE LOS CAMBIOS QUE TRAE CONSIGO UNA LESIÓN INTRACRANEANA TIENDEN A EXTENDERSE, LO QUE DARÁ RESULTADOS MÁS CLAROS EN PROTOCOLOS DE RORSCHACH.

DENTRO DEL CUADRO DE PATOLOGÍA CEREBRAL INTRACRANEANA, EL GRUPO DE LAS LESIONES CEREBRALES POST-TRAUMÁTICAS SON DE LOS CASOS QUE OFRECEN EN EL PROTOCOLO DE RORSCHACH TENDENCIAS BIEN DEFINIDAS.

SCHILDER DEDICÓ UN LIBRO AL ESTUDIO DE NEUROSIS -- POST-TRAUMÁTICAS COMO SECUELA DE TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS, Y AFIRMA QUE DICHAS NEUROSIS SON CAUSADAS COMO CONSECUENCIA DE CAMBIOS ESTRUCTURALES QUE FACILITAN SU PRODUCCIÓN. ANA DE A SUS OBSERVACIONES EL FACTOR MUY IMPORTANTE DE LA VALORACIÓN PSICOLÓGICA QUE TENE LA CABEZA EN SI. SUGIERE LA FACILI-

DAD PARA FOMENTAR LA PRODUCCIÓN DE LAS NEUROSIS POST-TRAUMÁTICAS EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTAN FENÓMENOS COMO CEFALEA Y MAREOS.

ES INTERESANTE DIFERENCIAR LOS DATOS QUE SE PUEDEN DAR EN EL RORSCHACH COMO MANIFESTACIÓN NEURÓTICA Y COMO MANIFESTACIÓN ORGÁNICA, Y LA FRECUENCIA CON QUE ELLOS SE PUEDEN DAR EN UNA FORMA SUPERPUESTA. ENTRE LOS DATOS NEURÓTICOS, UNO DE LOS MAS CLAROS ES EL SHOCK CROMÁTICO QUE SE CONSIDERA INDICADOR DE NEUROSIS CUANDO ES PRECISO E INCAPACITANTE COMO TAL, PERO QUE EN LOS CASOS EN QUE SE DA COMO CONCOMITANTE NEURÓTICO DE LA PERSONALIDAD DEL SUJETO POST-TRAUMATIZADO ES UN SHOCK DE TIPO VAGO E INDIFERENCIADO.

POR MEDIO DEL PSICODIAGNÓSTICO ES TAMBIÉN POSIBLE DIFERENCIAR ENTRE LOS CASOS DE SIMULACIÓN DE ENFERMEDAD YA QUE ESOS PROTOCOLOS NO DENOTARÁN SIGNOS ORGÁNICOS, ESPECIALMENTE DE LOS QUE SE CONSIDERAN MÁS IMPORTANTES.

LOS TRAUMATISMOS CRANEO-ENCEFÁLICOS.

LOS TRAUMATISMOS CRANEO-ENCEFÁLICOS SE HAN DIVIDIDO ARTIFICIALMENTE Y CON EL FIN DE FACILITAR SU ESTUDIO EN 4 GRU

POS QUE SE PUEDEN DAR EN FORMA AISLADA O BIEN SUPERPUESTA, PUDIÉNDOSE DAR CASOS EN QUE SE PRESENTEN POR PAREJAS O BIEN TRES Y AÚN LOS CUATRO EN UN SÓLO CASO. LOS CUATRO GRUPOS SON: 1.-LESIONES DE TEGUMENTOS. 2.- FRACTURA DE CRÁNEO. 3.- HEMORRAGIAS-MENÍNGEAS. 4.- TRAUMA CEREBRAL. (10).

EL PRIMER TIPO DE TRAUMATISMOS, EL DE LAS LESIONES DE TEGUMENTOS, COMPRENDE LOS CASOS EN QUE LAS ESTRUCTURAS LESIONADAS SON LOS TEGUMENTOS QUE CUBREN EL CRÁNEO Y QUE SE PUEDEN DIVIDIR EN 5 CAPAS QUE SÓN: CUTICULAR, SUBCUTICULAR, APONEUROSIS, TEJIDO LAXO Y PERIOSTIO. (2) (9).

LAS FRACTURAS DE CRÁNEO, QUE CONSTITUYEN EL SEGUNDO GRUPO DE TRAUMATISMOS, CONSISTEN A GROSSO MODO EN LA PÉRDIDA DE LA CONTINUIDAD DE LA ESTRUCTURA OSEA DE LA CÁBEZA, Y A SU VEZ SE PUEDEN CLASIFICAR EN DIVERSAS CLASES DE FRACTURAS SEGÚN SU LOCALIZACIÓN Y SU TIPO.

AL TERCER TIPO DE TRAUMATISMOS, EL DE LAS HEMORRAGIAS MENINGEAS, SE LES HA SUB-DIVIDIDO EN 3 TIPOS PRINCIPALES, QUE SON LA HEMORRAGIA SUB-ARACNOIDEA, LA HEMORRAGIA EPIDURAL Y LA HEMORRAGIA SUB-DURAL.

A SU VEZ, AL CUARTO GRUPO DE TRAUMATISMOS QUE ES EL

DE TRAUMAS CEREBRALES SE LE HA SUB-DIVIDIDO EN 3 CATEGORÍAS QUE NO SON EXCLUSIVAS UNA DE LA OTRA YA QUE SE PUEDEN PRESENTAR AISLADAS O BIEN JUNTAS EN UN MISMO CUADRO. ESTAS CATEGORÍAS SON: A).- CONMOCIÓN CEREBRAL, QUE DESIGNA UN CUADRO DE BREVE PÉRDIDA DE CONCIENCIA; B) EDEMA CEREBRAL, QUE CONSISTE EN EL AUMENTO DEL VOLUMEN CEREBRAL POR UN AUMENTO EN LA CANTIDAD DE LÍQUIDO INTRACRANEAL; C).- CONTUSIÓN CEREBRAL, QUE ES LA LESIÓN QUE SE MANIFIESTA MACROSCÓPICAMENTE EN EL PROPIO TEJIDO CEREBRAL; D).- LACERACIÓN CEREBRAL, QUE ES LA PÉRDIDA DE CONTINUIDAD DEL TEJIDO CEREBRAL; E).- HEMATOMA INTRACEREBRAL, QUE ES LA RESULTANTE DE UNA HEMORRAGIA MASIVA O DE VARIAS HEMORRAGIAS, Y GENERALMENTE ACOMPAÑADA COMO CONSECUENCIA DE GRANDES LACERACIONES (2) (9) (10).

RUESCH, HARRIS Y BOWMAN DESCRIBIERON EN UN TRABAJO (17) UNA SERIE DE SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS QUE SON:

1.- COMA: LA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA, CUYA DURACIÓN DEPENDE DEL GRADO DE LA LESIÓN.

2.- ESTUPOR: UN ESTADO DE INCONCIENCIA DEL AMBIENTE, CARACTERIZADO POR FALTA DE ESPONTANEIDAD, INHIBICIÓN, DISMINUCIÓN DE LAS FACULTADES MENTALES Y DESINTERÉS.

3.- DELIRIO: CONFUSIÓN ASOCIADA CON ESTADOS DE IN -
QUIETUD, COMBATIVIDAD Y OCASIONALMENTE INCOHERENCIA, ALUCINA -
CIONES, ILUSIONES, APRENSIÓN, ATURDIMIENTO Y ANSIEDAD.

4.- REACCIONES EMOCIONALES AGUDAS: ESTADOS NEGATI -
VISTAS, FALTA DE COMPRESIÓN PERO CORRECTA ORIENTACIÓN. LOS -
PACIENTES QUE PRESENTAN ESTE TIPO DE SINDROME DEMANDAN SER -
DADOS DE ALTA, Y SE OBSERVAN ACTITUDES PARANOIDES, ENOJO SÚ -
BITO Y EXPLOSIONES VERBALES.

5.- APATÍA: FALTA DE INTERÉS Y ESTADOS APÁTICOS DU -
RANTE LAS PRIMERAS SEMANAS DESPUÉS DE LA LESIÓN, NO ACOMPAÑA -
DOS DE DISMINUCIÓN DE LA CONCIENCIA NI DETERIORO INTELECTUAL.

6.- AMNESIA: PÉRDIDA DE LA MEMORIA QUE TIENE UNA DU -
RACIÓN VARIABLE SEGÚN EL GRADO DE SEVERIDAD DE LA LESIÓN.

7.- ESTADOS DE ENSUEÑO: ESTADOS SEMI-INCONSCIENTES -
EN QUE LOS PACIENTES REALIZAN ACTIVIDADES COMO AMBULACIÓN SIN
PROPÓSITO O HABLAR SIN SENTIDO.

8.- AFASIA, APRAXIA, AGNOSIA: ESTADOS CONFUSIONALES
Y PERTURBACIONES DEL LENGUAJE (AFASIA), PERTURBACIONES DE LA -
CAPACIDAD PARA LA MANIPULACIÓN Y EL EMPLEO DE OBJETOS Y PARA -

EJECUTAR MOVIMIENTOS PLANEADOS (APRAXIA) Y PERTURBACIONES DE LA COMPRENSIÓN (AGNOSIA).

9.- DETERIORO INTELLECTUAL TEMPORAL: INCAPACIDAD MENTAL PARA EJECUTAR CIERTAS TAREAS, LA CUAL PUEDE DURAR VARIOS DIAS O AÚN SEMANAS POSTERIORES AL TRAUMATISMO.

10.- SÍNDROME POST-CONMOCIONAL: CARACTERIZADO POR DOLOR DE CABEZA, MAREOS, CANSANCIO, IRRITABILIDAD Y BRUSCAS IRRUPCIONES EMOCIONALES.

11.- CEFALEA Y MAREOS: SÍNTOMAS DE NATURALEZA FÍSICA PERO QUE CAUSAN AL PACIENTE PREOCUPACIÓN O ANSIEDAD.

12.- ANSIEDAD, TEMOR, TERROR, PÁNICO: ESTADOS DE AGITACIÓN MÁS O MENOS PRONUNCIADA RELACIONADOS CON EL TRAUMATISMO, LA LESIÓN, LOS SÍNTOMAS QUE PUEDA PRESENTAR Y LOS RESULTADOS QUE PUEDAN ACARREAR.

13.- SÍNDROME DE FATIGA, NEURASTENIA E HIPOCONDRIASIS: PREOCUPACIÓN POR FUNCIONES SOMÁTICAS TALES COMO LA ACTIVIDAD SEXUAL, MOVIMIENTO INTESTINAL, FUNCIONAMIENTO DEL CORAZÓN, ETC.

14.- "PUNCH-DRUNK": FRECUENTE TRASTORNO CARACTERÍS-

TICO DE LOS BOXEADORES QUE HAN RECIBIDO MUCHOS GOLPES EN LA CABEZA, Y QUE CONSISTE EN UN PROGRESIVO DETERIORO INTELECTUAL, DISARTRÍA, CONFUSIÓN Y MARCHA INESTABLE.

15.- PROLONGACIÓN DE LOS SÍNTOMAS FÍSICOS: SEGÚN ESTOS AUTORES DEBIDO A UNA SUPERESTRUCTURA PSICÓGENA.

16.- HISTERIA: SÍNDROME QUE PUEDE PRESENTARSE CON UNA SERIE DE SÍNTOMAS CUYA EXPLICACIÓN NO SE PUEDE ENCONTRAR CON BASE EN LA LESIÓN SUFRIDA.

17.- SIMULACIÓN Y FINGIMIENTO: SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN PARA OBTENER, CONSCIENTEMENTE, ALGÚN BENEFICIO.

18.- DETERIORO INTELECTUAL Y EMOCIONAL CRÓNICOS; DEMENCIA; SON SIGNOS RESIDUALES DEL DAÑO CEREBRAL TALES COMO FALTA DE MEMORIA, DE ATENCIÓN, ABULIA, LABILIDAD EMOCIONAL E INCONTINENCIAS.

19.- DEFICIENCIA MENTAL: RESULTANTE DE UN TRAUMATISMO OCURRIDO DURANTE EL PARTO O EN LA PRIMERA INFANCIA.

20.- PROBLEMAS DE CONDUCTA: INFANTILISMO MORAL, ANORMALIDADES DE CARACTER, CONDUCTA ANTI-SOCIAL.

LOS 20 SÍNDROMES ARRIBA CITADOS Y DESCRITOS SOMERA-

MENTE FUERON RECOGIDOS POR RUESCH Y EXPUESTOS COMO RESULTADO-
DEL ESTUDIO DE 128 PACIENTES TRAUMATIZADOS DE CRÁNEO.

EN EL MISMO TRABAJO (17) ENCONTRARON TAMBIÉN UNA -
SERIE DE DATOS PSICO-SOCIALES MUY INTERESANTES:

1.- TODOS LOS PACIENTES ESTABAN MAL ADAPTADOS A SU-
MEDIO Y TENÍAN PROBLEMAS EN EL AREA FAMILIAR (DIVORCIADOS, PO-
CO AFECTO FAMILIAR, ETC.) Y OCUPACIONAL.

2.- PERTENECIAN A UNA CLASE SOCIAL BAJA Y EN PÉSI -
MAS CONDICIONES DE HIGIENE (SEGÚN EL CRITERIO DEL NIVEL DE VI-
DA NORTEAMERICANO).

3.- TODOS TENÍAN MUY ESCASA ESCOLARIDAD.

4.- PRESENTABAN ESCASOS INTERESES Y PREOCUPACIONES-
VITALES MUY PRIMARIAS.

5.- GRAN PARTE DE LOS SUJETOS TENÍAN PROBLEMAS SEX-
UALES (IMPOTENCIA, PERVERSIONES, PROMISCUIDAD) Y ACOSTUMBRABAN
BEBER ALCOHOL CON ALGUNA FRECUENCIA.

COMO DATO IMPORTANTE SEÑALAN LOS MISMOS AUTORES EL-
HECHO DE QUE LOS TRASTORNOS POR SECUELAS POST-TRAUMÁTICAS, -
REALES O IMAGINARIOS, SE DABAN CON MAYOR FRECUENCIA ENTRE LOS

PACIENTES CUYO NIVEL INTELECTUAL ERA MÁS BAJO.

OTRA CONCLUSIÓN MUY INTERESANTE QUE PRESENTARON FUÉ QUE LA PERSONALIDAD POST-TRAUMÁTICA DEPENDE MÁS DE LA PERSONALIDAD PRE-TRAUMÁTICA QUE DE LA PROPIA LESIÓN. PUDIERON LLEGAR A ESTA CONCLUSIÓN GRACIAS A ESTUDIOS PSICOLÓGICOS PRE-TRAUMÁTICOS QUE OBTUVIERON DE MUCHOS DE SUS CASOS.

LOS SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PIOTROWSKI DESCRIBIÓ 10 SIGNOS COMO GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO GENERAL DE LESIONES INTRACRANEANAS A TRAVÉS DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH. (11) (12) (14).

LOS PRIMEROS SEIS SIGNOS SÓN CUANTITATIVOS, Y LOS CUATRO ÚLTIMOS SÓN CUALITATIVOS.

ESTOS 10 SIGNOS SÓN:

1.- SIGNO "R". SE CALIFICA CON ÉSTE SIGNO A LOS PROTOCOLOS QUE OFRECEN UN NÚMERO DE RESPUESTAS MENOR DE 15.

2.- SIGNO "T". SE CALIFICA CON ÉSTE SIGNO CUANDO EL TIEMPO TOTAL PROMEDIO POR RESPUESTA ES MAYOR DE 1 MINUTO.

3.- SIGNO "M". SE PRESENTA EN AQUELLOS PROTOCOLOS EN

QUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS DE MOVIMIENTO HUMANO (M) ES UNO O NO PRESENTA NINGUNA RESPUESTA DE ESTE TIPO.

4.- SIGNO "F+%" . SE APUNTA ESTE SIGNO CUANDO EL PORCENTAJE DE LAS RESPUESTAS FORMALES BIEN VISTAS NO LLEGA A UN 70%.

5.- SIGNO "P%" . SE UTILIZA EL SIGNO "P%" PARA INDICAR QUE EL PORCENTAJE DE RESPUESTAS POPULARES NO LLEGA A UN 25%. LUEGO SE HA MODIFICADO, YA QUE EN UN PROTOCOLO EXTENSO NO HAY POSIBILIDADES DE QUE SE PRESENTE ESTE SIGNO. UN CRITERIO A SEGUIR PASA LA CALIFICACIÓN DE ESTE SIGNO ES OBSERVAR SU RELACIÓN CON EL SIGNO "R".

6.- SIGNO "CN". SE DA EN LOS CASOS QUE PRESENTAN POR LO MENOS UNA RESPUESTA DE DENOMINACIÓN DE COLOR.

7.- SIGNO "RPT". ESTE SIGNO QUE SIGNIFICA REPETICIÓN SE USA CUANDO SE OBSERVA LA INCIDENCIA DE UN MÍNIMO DE 3 RESPUESTAS SIMILARES EN LAS QUE EL PACIENTE MUESTRA NO ESTAR TOMANDO EN CUENTA LA FORMA.

8.- SIGNO "IMP". SIGNIFICA IMPOTENCIA, Y SE CALIFICA EN LOS PROTOCOLOS EN QUE SE DENOTA LA NECESIDAD POR PARTE-

DEL PACIENTE DE DAR UNA RESPUESTA A PESAR DE SENTIRLA INADECUADA O INSUFICIENTE.

9.- SIGNO "PLX". CUANDO SE PERCIBE QUE EL PACIENTE MUESTRA UN EXCESO DE DESCONFIANZA RESPECTO A SUS RESPUESTAS Y LA NECESIDAD DE ENCONTRAR SEGURIDAD EN DIVERSOS COMENTARIOS, BUSCANDO EL APOYO DEL EXAMINADOR SE USA LA CALIFICACIÓN "PLX" QUE SIGNIFICA PERPLEJIDAD.

10.- SIGNO "AP" DEL INGLÉS AUTOMATIC PHRASES", ESTE SIGNO SIRVE PARA CALIFICAR LOS CASOS EN QUE EL PACIENTE UTILIZA EXAGERADA E INDISCRIMINADAMENTE ALGUNA FRASE O COMENTARIO A LO LARGO DE 5 Ó MÁS DE LAS 10 LÁMINAS DE LA PRUEBA.

EL SIGNO "R" SEGÚN KLOPFER (8) NO ES UN DESCUBRIMIENTO MUY IMPORTANTE, DADO QUE SE LO ENCUENTRA EN LOS DEPRESIVOS, NEURÓTICOS, DEFICIENTES MENTALES Y NORMALES; ES SÓLO UNO DE LOS ÍNDICES MENORES.

ASIGNA EL MISMO AUTOR MAYOR VALOR DIAGNÓSTICO AL SIGNO "T" QUE AL "R", PERO OPINA SIMULTANEAMENTE QUE NO ES DE LOS DE MAYOR IMPORTANCIA.

RESPECTO AL SIGNO "M", TAMBIÉN SE PRESENTA EN LOS -

PROTOSCOLOS DE NEURÓTICOS, ESQUIZOFRÉNICOS, DEPRESIVOS, DÉBILES MENTALES Y NORMALES. TAMBIÉN SE PUEDEN DAR CASOS DE POST-TRAUMATIZADOS DE LOS LÓBULOS FRONTALES DONDE LOS CAMBIOS DE PERSONALIDAD SON SUPERFICIALES, EN QUE SE DAN 3 Ó MÁS RESPUESTAS DE MOVIMIENTO HUMANO. IGUALMENTE EN ALGUNOS CASOS DE ENCEFALITIS O DE PARESIS GENERAL. SIN EMBARGO, EN UN TRABAJO RECIENTE DEL PROPIO PIOTROWSKI (13) SOBRE LA CALIFICACIÓN DE MOVIMIENTO HUMANO CONFIRMA QUE LA CAPACIDAD PARA LA PRODUCCIÓN DE RESPUESTAS SE REDUCE DRÁSTICAMENTE EN LOS TRASTORNOS CEREBRALES, Y AÑADE QUE PARTICULARMENTE EN LOS QUE LLEVAN A UN DETERIORO IRREVERSIBLE.

EL SIGNO "F+" INDICA DETERIORACIÓN TAMBIÉN Y SE DA ASIMISMO ENTRE LOS DEFICIENTES MENTALES, ESQUIZOFRÉNICOS Y EXCITADOS.

EL SIGNO "P%" ES OTRO ÍNDICE DE LA DETERIORACIÓN DE LAS FUNCIONES INTELCTUALES CON PÉRDIDA DE LA MEMORIA, FALTA DE CONCENTRACIÓN E INCAPACIDAD PARA PENSAR CON CLARIDAD.

EL SIGNO "Cn" O DENOMINACIÓN CROMÁTICA ES PARA KLOPFER UNO DE LOS MAS IMPORTANTES DESCUBRIMIENTOS DE TODA LA SERIE ". (8). EL EXAMINADOR DEBERÁ SER CUIDADOSO PARA CALIFI-

CAR UNA RESPUESTA CON ÉSTE SIGNO, YA QUE CONNOTACIÓN CASI SIEMPRE ES PATOLÓGICA, AUNQUE A VECES SE PRESENTA EN CASOS DE NEURÓTICOS Y NORMALES SUPERIORES CON TENDENCIAS ARTÍSTICAS. LA DENOMINACIÓN DE COLOR COMO TAL SE DA CUANDO EL SUJETO LA OFRECE COMO RESPUESTA SATISFACTORIA PARA ÉL A LA LÁMINA CROMÁTICA.

ES INTERESANTE NOTAR EL REPORTE SOBRE DATOS APORTADOS EN UN TRABAJO DE WEIGL QUE HACE DAVID SHAPIRO (18) EN UN ARTÍCULO SOBRE LAS RESPUESTAS DE COLOR, EN EL CUAL EXPONE UN EXPERIMENTO HECHO POR EL PRIMERO EN SUJETOS CON LESIONES CEREBRALES BASÁNDOSE EN PRUEBAS DE SELECCIÓN (SORTING TESTS). LAS TENDENCIAS PERCEPTUALES EN ESTOS PACIENTES FUERON EMINENTEMENTE CROMÁTICAS. EXPLICA SHAPIRO QUE EN ALGUNOS CASOS DE LESIÓN CEREBRAL PUEDE DARSE UNA INCAPACIDAD PARA ARTICULAR O EXPRESAR LA EXPERIENCIA CROMÁTICA COMO UNA CATEGORÍA PERCEPTUAL, Y SURGIR ENTÓNCE EN LA FORMA DE LA PURA DENOMINACIÓN CROMÁTICA.

EN UN ESTUDIO DE KELLEY Y BARRERA SE APLICÓ EL RORSCHACH A UN GRUPO DE SUJETOS ANTES Y DURANTE UN ESTADO DE INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA AGUDA. EN EL SEGUNDO PROTOCOLO SE PRESENTÓ DENOMINACIÓN CROMÁTICA EN UN 50% DE LOS CASOS (IGNORAMOS EL TAMAÑO DE LA MUESTRA CON QUE ESTOS AUTORES LLEGARON A LA CON -

CLUSIÓN MENCIONADA) NO HABIENDO APARECIDO EN NINGUNO DE --
ELLOS EN LA PRIMERA ADMINISTRACIÓN. SE SOSPECHA PUES QUE EN--
ESTOS CASOS SE PRESENTE UNA DESORGANIZACIÓN ORGÁNICA TEMPO --
RAL (8), (4).

LOWENBACH Y STAINBROOK PRESENTARON ANTE LA AMERI --
CAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION UN TRABAJO EN QUE DESCUBRIERON --
COMO EN UN GRUPO DE PACIENTES EN ESTADO CONFUSIONAL INMEDIA--
TAMENTE POSTERIOR AL TRATAMIENTO DE TERAPIA DE SHOCK PRESEN--
TABAN UN NÚMERO CONSIDERABLE DE RESPUESTAS EN QUE IBAN REDU--
CIÉNDOSE A MEDIDA QUE DISMINUÍA EL ESTADO CONFUSIONAL (8). --
DE AQUÍ SE PUEDE DEDUCIR QUE EL SIGNO DE DENOMINACIÓN CROMÁ--
TICA INDICA CONFUSIÓN MENTAL.

EL PRIMERO DE LOS 4 SIGNOS DE ÍNDOLE CUALITATIVA --
LA REPETICIÓN (RPT), SE PRESENTA EN PROTOCOLOS DE SUJETOS --
CON DEMENCIA PRECOZ, PERO SE HA ESTABLECIDO UNA DIFERENCIACIÓN
DE ESTA REPETICIÓN CON LA QUE SE PRESENTA EN LOS PROTOCOLOS --
DE ORGÁNICOS, YA QUE LOS PRIMEROS ACOMODAN UNA IDEA FIJA A LA
FORMA DE LA LÁMINA QUE REPITEN A LO LARGO DE VARIAS DE LAS --
LÁMINAS SUBSECUENTES, MIENTRAS QUE EN LOS SEGUNDOS EL SUJETO--
SIENTE LA NECESIDAD DE DAR UNA RESPUESTA AL ESTÍMULO Y REPITE

LA QUE HA DADO ANTERIORMENTE SIN TENER EN CUENTA LOS NUEVOS ES
TÍMULOS. SIN EMBARGO, CON SHOCK CROMÁTICO PUEDE PRESENTARSE LA
INTERRUPCIÓN DE LA REPETICIÓN, LO CUAL ES INTERESANTE TENER -
EN CUENTA Y OBSERVAR PARA LA CALIFICACIÓN DE ESTE SIGNO.

EL OCTAVO SIGNO DE PIOTROWSKI, QUE ES EL DE IMPOTEN-
CIA (IMP) PUEDE PRESENTARSE EN PROTOCOLOS DE SUJETOS NORMALES -
O NEURÓTICOS. EN UN TRABAJO DEL PROPIO PIOTROWSKI (14), EL AU -
TOR OPINA QUE SE CALIFICARÁ CUANDO VA ACOMPAÑADO DE REPETICIÓN
O PERSEVERACIÓN. KLOPPER (8) OPINA QUE HAY UNA SUTIL DIFEREN -
CIACIÓN, PUDIENDOSE DAR CADA UNO DE ESTOS SIGNOS POR SEPARADO,
SIENDO ÉSTA QUE EN LOS CASOS DE ORGANICIDAD SE PRESENTA LA - -
IMPOTENCIA CON UNA CONNOTACIÓN DE INCAPACIDAD PARA MEJORAR -
UNA RESPUESTA QUE EL PACIENTE COMPRENDE COMO FUNDAMENTALMENTE
POBRE, MIENTRAS QUE LA IMPOTENCIA EN LOS PROTOCOLOS NEURÓTICOS
SE O SERVA A TRAVÉS DE LA NECESIDAD DE UNA EXAGERADA PRECISIÓN
FORMAL.

EL PENÚLTIMO DE LOS SIGNOS QUE DESCRIBIÓ PIOTROWSKI
COMO INDICADORES DE PATOLOGÍA ORGÁNICA INTRACRANEANA ES LA - -
PERPLEJIDAD (PLX). ES TAMBIÉN, COMO LAS DOS ANTERIORES Y EL -
QUE LE SIGUE, DE ÍNDOLE CUALITATIVA Y SE PRESENTA CON 4 SÍNTO-

MAS ESPECÍFICOS, QUE SÓN: MARCADO INTERÉS EN EL RESULTADO AL-
DAR CADA RESPUESTA O BIEN AL FINAL DE LA PRUEBA; INHABILIDAD-
PARA DECIDIR ACERCA DE LA ADECUACIÓN DE SUS RESPUESTAS; INTE-
RES EN CONOCER LA OPINIÓN DEL EXAMINADOR Y OBTENER UNA ACTI -
TUD SATISFACTORIA, Y SATISFACCIÓN O FRUSTRACIÓN AL OBSERVAR -
LA ACTITUD DEL EXAMINADOR CON RESPECTO A SUS INQUIETUDES HA -
CIA LA PRUEBA.

EL SIGNO DE FRASES AUTOMÁTICAS (AP) HA SIDO CONSI -
DERADO POR KLOPPER MUY IMPORTANTE (8) PUES INDICA QUE "ES CA-
SI PATOGNÓMICA DE UNA LESIÓN CRANEANA". CONSISTEN ESTAS FRA -
SES EN COMENTARIOS QUE GENERALMENTE HACE EL PACIENTE AL MOMEN -
TO DE VER CADA UNA DE LAS LÁMINAS Y FRECUENTEMENTE SON FRASES
MUY CORTAS TALES COMO "ESTÁ BIEN" O "¡QUE BONITA!", PERO RE -
PETIDA POR LO MENOS EN CINCO OCASIONES.

PIOTROWSKI INSISTE REPETIDAS VECES A LO LARGO DE -
SUS DIVERSOS TRABAJOS EN EL CUIDADO QUE SE DEBERÁ TENER PARA -
LA CALIFICACIÓN DE LOS 10 SIGNOS, ACONSEJANDO OMITIR EN CASOS
DE DUDA, EL SIGNO O SIGNOS ACERCA DE LOS QUE SE DUDEN (12) -
(14).

RESPECTO AL PROPIO DIAGNÓSTICO DE ORGANICIDAD, NO SE

DEBERÁ ASEVERAR COMO TAL SI SE PRESENTAN MENOS DE 5 SIGNOS. - AHORA BIEN, SI ENTRE ESOS 5 SE ENCUENTRAN EL DE DENOMINACIÓN- DE COLOR, PERPLEJIDAD, IMPOTENCIA O FRASES AUTOMÁTICAS, SE PO DRÁ TENER UNA MAYOR SOSPECHA DEL DIAGNÓSTICO, YA QUE SON ES - TOS LOS MÁS IMPORTANTES INDICADORES DE ORGANICIDAD, HABIENDO- INVESTIGADORES PARA QUIENES LOS DOS SIGNOS MÁS SIGNIFICATIVOS SON EL DE IMPOTENCIA (IMP.) Y EL DE PERPLEJIDAD (PLX).

SIN EMBARGO, SE PUEDE DAR EL CASO DE PACIENTES NO - ORGÁNICOS QUE PRESENTEN EN EL PROTOCOLO DE RORSCHACH MAS DE - 5 SIGNOS DE PIOTROWSKI, COMO EN LOS PACIENTES DE DEMENCIA PRE COZ DETERMINADOS. ROSS SUGIERE LA READMINISTRACIÓN DE LA PRUE BA, Y EVALUAR LOS SIGNOS QUE SE PRESENTAN CON BASE EN LOS 4 - SIGNOS QUALITATIVOS.

EL MEJOR CRITERIO A SEGUIR CON RESPECTO A LO SIG - NOS DE PIOTROWSKI ES EL DE SU UTILIZACIÓN COMO CORROBORACIÓN O GUÍA COMPLEMENTARIA PARA UN DIAGNÓSTICO INTEGRAL DENTRO DE- UN CUADRO DE ORGANICIDAD, COMO UN DATO ADICIONAL AL QUE PUE - DAN PROPORCIONAR OTROS INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO TALES COMO LA RADIOLOGÍA, ANÁLISIS DEL LÍQUIDO ENCEFALORRAQUÍDEO, LA EX PLORACIÓN NEUROLÓGICA Y LA ELECTRO-ENCEFALOGRAFÍA.

DENTRO DEL CUADRO DE LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁ-
LICOS PUEDEN SER UNA EXCELENTE GUÍA PARA DIAGNÓSTICO Y PRONÓ-
TICO DE LOS CASOS, USADOS IGUALMENTE EN CONJUNCIÓN CON LAS -
OTRAS TÉCNICAS QUE SE PUEDEN UTILIZAR CON EL MISMO OBJETO.

CONSIDERACIONES RESPECTO A LOS SIGNOS DE PIOTROWSKI
Y A LOS DE OTROS AUTORES.

UNA VEZ PRESENTADOS LOS SIGNOS DE PIOTROWSKI CON -
UNA EXPLICACIÓN SOBRE ELLOS, PROCEDEREMOS A INTENTAR EL ANÁ -
LISIS Y LA COMPARACIÓN DEL CRITERIO DE OTROS AUTORES AL RES -
PECTO.

BELL (1) DICE ACERCA DE LOS ESTUDIOS DE PIOTROWSKI-
REALIZADOS EN CASOS DE ORGANICIDAD Y DE SUS RESULTADOS QUE, -
A PESAR DE NO ESTAR PLENAMENTE ACEPTADOS POR OTROS INVESTIGA-
DORES "SE ENCUENTRAN ENTRE LOS MÁS VALIOSOS PARA EL DIAGNÓ-
TICO CLÍNICO".

DESDE LUEGO, PIOTROWSKI ES EL AUTOR QUE HA ESTUDIA-
DO CON MAYOR DETENIMIENTO Y CUIDADO LAS POSIBILIDADES DIAGNÓ-
SICAS QUE PRESENTA EL PSICODIAGNÓSTICO EN LOS CASOS DE PATOLO

GÍA CEREBRAL A LO LARGO DE MUCHOS AÑOS DE INVESTIGACIONES Y -
DE UNA GRAN CANTIDAD DE ARTÍCULOS Y DIVERSAS PUBLICACIONES.

LOS ANTECEDENTES DE LOS ESTUDIOS DE PIOTROWSKI RES-
PECTO A LA INVESTIGACIÓN DE SIGNOS CARACTERÍSTICOS DE LOS PRO-
TOCOLOS DE RORSCHACH EN CASOS DE ORGANICIDAD SE ENCUENTRAN -
PRIMORDIALMENTE EN LOS ESTUDIOS DE EMIL ÜBERHOLZER, QUIEN - -
TAMBIÉN ESTABLECIÓ COMO CARACTERÍSTICOS E INDICATIVOS DE PATO-
LOGÍA CEREBRAL ORGÁNICA 7 SIGNOS, DE LOS CUALES 4 SON PRÁCTI-
CAMENTE IDÉNTICOS A 4 DE LOS SIGNOS CUANTITATIVOS QUE MÁ S TAR
DE PRESENTÓ PIOTROWSKI.

DESPUÉS DE LOS TRABAJOS EN QUE PIOTROWSKI PRESENTÓ-
SUS 10 SIGNOS, UNA CÉLEBRE INVESTIGADORA SOBRE LA TÉCNICA DEL
PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH, MOLLY HARROWER-ERICKSON PRESEN-
TÓ MAS TRABAJOS (5) (6) SOBRE LOS RESULTADOS DE LAS ADMINIS-
TRACIONES DEL RORSCHACH EN PACIENTES QUE HABÍAN SIDO SOMETI-
DOS A CIRUGÍA CEREBRAL EN CASOS DE TUMORES CEREBRALES, Y LUE-
GO CONTRASTÓ ESTE GRUPO CON UNO DE PACIENTES DE EPILEPSIA FO-
CAL, Y OBTUVO CONCLUSIONES MUY INTERESANTES: 5 SIGNOS QUE PA-
RA ESTA AUTORA TIENEN IMPORTANCIA NO SÓLO DIAGNÓSTICA, SINO -
TAMBIÉN PRONÓSTICA. DE LOS 5 SIGNOS QUE SEÑALÓ ESTA AUTORA, -

3 SÓN BÁSICAMENTE IGUALES A 3 DE LOS CUANTITATIVOS DE PIOTROWSKI. AÑADE A ESTOS SIGNOS UN DATO COMO CATEGORÍA ADYACENTE A ELLOS CON CONNOTACIÓN TAMBIÉN PRONÓSTICA, QUE SE REFIERE AL CONTENIDO DE LAS RESPUESTAS; QUE HAYA AL MENOS DOS CATEGORÍAS DE INTERÉS ADEMÁS DE RESPUESTAS DE CONTENIDO HUMANO O ANIMAL.

HUNT HIZO UN ESTUDIO CON 40 PACIENTES QUE IBAN A SER SOMETIDOS A UNA LOBOTOMÍA CON UNA READMINISTRACIÓN DEL PSICODIAGNÓSTICO AL FINAL DE LA SEGUNDA SEMANA POST-QUIRÚRGICA, ENCONTRANDO QUE LAS VARIACIONES ENTRE LOS DOS PROTOCOLOS NO ES CONSIDERABLE SALVO EN RARAS EXCEPCIONES. AMBOS MUESTRAN UNA PERSONALIDAD RESTRINGIDA Y CONSTRICTA, HABIENDO EN ALGUNOS CASOS POST-QUIRÚRGICOS INDICIOS DE UNA MAYOR EXPANSIÓN DE LA PERSONALIDAD CON UN LIGERO AUMENTO EN LA EXTRATENSIVIDAD (7).

CON UN NÚMERO DE PACIENTES INFERIOR AL EMPLEADO POR HUNT EN SU INVESTIGACIÓN, KISKER (7) REALIZÓ UN ESTUDIO SEMEJANTE AL DE HUNT, Y OBSERVÓ LA PRESENCIA DE 8 SIGNOS A LOS CUALES, AL IGUAL QUE HARROWER-ERICKSON, ADJUDICÓ VALIDEZ PARA UN JUICIO PRONÓSTICO. DE LOS 8 SIGNOS QUE MENCIONA KISKER 6 SON IDÉNTICOS A LOS DE PIOTROWSKI, CORRESPONDIENDO, DE ELLOS, 5 A SIGNOS CUANTITATIVOS Y SOLAMENTE EL DE PERPLEJIDAD (PLE) A UNO DE LOS

SIGNOS CUALITATIVOS. UNA IMPORTANTE CONCLUSIÓN QUE OBTUVO KIS-
KER EN SU ESTUDIO FUÉ LA SEMEJANZA ENTRE LOS PROTOCOLOS PRE-
Y POST-QUIRÚRGICOS.

LOS SIGNOS DE ÜBERHOLZER QUE SON SIMILARES A LOS DE
PIOTROWSKI SÓN: A).- BAJO $F+\%$, B).- T/R PROLONGADO, C).- FAL-
TA DE M Y D).- PERSEVERACIÓN. LOS QUE SÓN DIFERENTES SÓN: E).-
ALTO $A\%$, O SEA, ELEVADO NÚMERO DE RESPUESTAS CON CONTENIDO -
ANIMAL, F).- NUMEROSA U-W, QUE SON LAS RESPUESTAS CONFABULA -
TORIAS, Y G).- FALTA DE BUENAS RESPUESTAS W, QUE SON LAS RES -
PUESTAS GLOBALES.

EN CUANTO A HARROWER-ERICKSON, LOS SIGNOS DESCRITOS
POR ESTA AUTORA SÓN: A).- $F+\%$ BAJO (CON $F\%$ ALTO), B).- M BAJO -
(Y C BAJO DANDO LA FÓRMULA $M:C=1:1$), C).- R BAJO, QUE SON 3 -
SIGNOS SIMILARES A LOS CORRESPONDIENTES DE PIOTROWSKI. ADEMÁS-
D).- FALTA DE RESPUESTAS FK O K, QUE SON RESPUESTAS DE PAISA -
JE EVIDENCIADOS POR EL SOMBRADO QUE DA EL EFECTO DE OBJETOS-
SEPARADOS Y DISPERSOS EN EL ESPACIO, O BIEN RESPUESTAS DE SOM-
BRADO O DIFUMINACIÓN, DONDE ESTOS ELEMENTOS NO PROPORCIONAN -
IMPRESIÓN DE SOLIDEZ O DISTANCIA SINO DE "ESPACIO RELLENO", -

COMO "NUBES" O "HUMO"; Y E).- MUCHO MAYOR NÚMERO DE RESPUESTAS W QUE DE U, D Y S CON NIVEL FORMAL POCO ADECUADO.

LOS SIGNOS QUE PARA KISKER PREDOMINAN EN EL PROTOCOLO DE LOS PACIENTES POST-LOBOTOMIZADOS PERSISTEN DESDE LOS EXÁMENES PRE-QUIRÚRGICOS. ÉL SE PREGUNTA LA POSIBILIDAD DE QUE SE DEN VERDADERAMENTE EN FUNCIÓN DEL TEJIDO CEREBRAL DAÑADO O BIEN SE LE PUEDAN ATRIBUIR A UNA ESTRUCTURA PSICÓTICA-GENERAL, CONCLUYENDO SU TRABAJO CON LA OBSERVACIÓN QUE LA LOBOTOMÍA JUEGA UN PAPEL MENOS IMPORTANTE EN LA REORGANIZACIÓN DE LOS PATRONES DEL RORSCHACH QUE LOS PROPIAS ESTRUCTURAS DE LA PERSONALIDAD PRE-PSICÓTICA O PSICÓTICA Y PRE-QUIRÚRGICA.

DE LOS SIGNOS DESCRITOS POR KISKER, LOS QUE SÓN -- IDÉNTICOS A LOS DE PIOTROWSKI SON: A).- F+% BAJO, B).- I/R - PROLONGADO, C).- FALTA DE M, D).- R% BAJO, Y E).- PERPLEJIDAD. A ÉSTOS, ÉL AÑADE F).- C BAJO, G).- ALTO PORCENTAJE DE H Y Hd (RESPUESTAS DE CONTENIDO HUMANO O DETALLES DE LAS FIGURAS HUMANAS, Y H).- Z BAJO (SÍMBOLO EMPLEADO EN LA TERMINOLOGÍA DE BECK PARA INDICAR EL TIPO DE ORGANIZACIÓN, DONDE LOS ELEMENTOS DE LA LOCALIZACIÓN SE DAN COMBINADOS EN TAL FORMA - QUE INDICAN O CONSTITUYEN UN GRADO CONCEPTUAL DE APTITUD SIN-

TÉTICA (1) (7).

UN DATO INTERESANTE ES QUE UNO DE LOS SIGNOS QUE APORTÓ HARROWER-ERICKSON CON SUS ESTUDIOS, QUE ES LA CAREN-
CIA DE SIGNOS FK O K EN LOS PROTOCOLOS, NO SE DA EN LOS DE
LOS TRAUMATIZADOS CRÁNEO-ENCEFÁLICOS, EN CUYOS PROTOCOLOS SE
PUEDEN LLEGAR A DAR CON ALGUNA FRECUENCIA, INDICANDO RASGOS
DE ANSIEDAD INESPECÍFICA O TENSIÓN INTERIOR GENERALIZADA.

EN UNA EXTENSA INVESTIGACIÓN REALIZADA CON 750 PRO-
TOCOLOS DE RORSCHACH DE PACIENTES DEL NORTH CAROLINA STATE
HOSPITAL, W. ECKHARDT (3) HIZO UNA VALORIZACIÓN RECIENTE DE
LOS SIGNOS DE PIOTROWSKI, LLEGANDO A LA CONCLUSIÓN QUE 5 Ó
MÁS SIGNOS ERAN INDICATIVOS ESTADÍSTICAMENTE COMPROBADOS DE
TRASTORNOS INTELECTUALES, AUNQUE ESTE PODRÁ SER CONGÉNITO O
FUNCIONAL, O BIEN DE ORIGEN ORGÁNICO.

CON ESTO REAFIRMAMOS EL CRITERIO ANTERIORMENTE EX-
PUESTO DE LA CONFIABILIDAD DE LOS SIGNOS DE PIOTROWSKI EN CON-
JUNCIÓN CON OTROS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.

MATERIAL Y PROCEDIMIENTO

EL MÉTODO DE RORSCHACH ES, PARA RAPAPORT, EL INSTRUMENTO PARA EL PSICODIAGNÓSTICO MÁS PODEROSO QUE SE CONOCE (15). AÑADE A SU ASEVERACIÓN LAS CUALIDADES DE LA PRUEBA TALES COMO - SU SIMPLICIDAD, SU RELATIVA FACILIDAD DE ADMINISTRACIÓN Y COMPUTO, DE INTERPRETACIÓN Y EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA.

HAREMOS UNA BREVE EXPOSICIÓN DE LA PRUEBA EN SÍ Y DE LA FORMA DE SU ADMINISTRACIÓN. CONSISTE EN PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH EN 10 LÁMINAS QUE REPRODUCEN MANCHAS DE TINTA BISI - MÉTRICAS.

DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE LA PRUEBA SE INVESTIGAN 4 CATEGORÍAS CUANTIFICABLES PRINCIPALES A CADA UNA DE LAS RESPUESTAS QUE EL SUJETO VA DANDO A CADA LÁMINA, QUE SÓN: LA LOCALIZACIÓN DEL CONCEPTO EN EL ÁREA DE LA MANCHA; LOS DETERMINANTES O CARACTERÍSTICAS DE LA MANCHA QUE EMPLEA EL SUJETO PARA DAR SU RESPUESTA, TALES COMO LA FORMA, EL COLOR, EL MOVIMIENTO, EL CONTENIDO DEL CONCEPTO Y LA POPULARIDAD U ORIGI - NALIDAD.

MATERIAL Y PROCEDIMIENTO USADOS

ADEMÁS SE VAN RECOGIENDO UNA SERIE DE DATOS NO CUANTITATIVOS SINO DE ÓRDEN MÁS BIEN CUALITATIVO, ENTRE LOS QUE SE ENCUENTRAN 4 DE LOS SIGNOS DESCRITOS POR PIOTROWSKI PARA EL DIAGNÓSTICO DE ORGANICIDAD.

DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN PROPIAMENTE DICHA SE VUELVEN A ENSEÑAR TODAS LAS LÁMINAS AL SUJETO PARA HACER UNA ENCUESTA Y ESTABLECER CON CLARIDAD LAS CATEGORÍAS. AQUÍ SE PUEDE HACER UN EXÁMEN DE LÍMITES CUANDO HAY ALGUNA DUDA RESPECTO A ALGUNA DE LAS CATEGORÍAS, ESPECIALMENTE AL INVESTIGAR ALGUNOS DE LOS SIGNOS DE PIOTROWSKI.

LAS CONDICIONES DE ADMINISTRACIÓN DE LA PRUEBA HAN SIDO DESCRITAS EN DIFERENTES FORMAS POR DIVERSOS AUTORES, AUNQUE LOS CRITERIOS SE UNIFICAN EN CUANTO A QUE SE REALICE EN UNA ATMÓSFERA DE RELAJACIÓN, QUE SE ESTABLEZCA UN CIERTO RAPORT CON EL SUJETO ANTES DE MOSTRARLE LA PRIMERA LÁMINA, Y DAR UNA CONSIGNA BREVE Y CONCISA.

LOS CASOS DE TRAUMATIZADOS DE CRÁNEO QUE SE ESTUDIARON EN EL PRESENTE TRABAJO FUERON 20 SUJETOS HOSPITALIZADOS EN LA SALA IRES DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL JUÁREZ Y EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DE LA MISMA INSTITUCIÓN, EN LA CUAL RE-

CIBIERON EL TRATAMIENTO QUE FUÉ ESTABLECIDO POR LOS MÉDICOS DE ESE SERVICIO.

DEL TOTAL DE LOS 20 CASOS, 15 ERAN HOMBRES ENTRE LAS EDADES DE 17 Y 51 AÑOS, 3 MUJERES DE 15, 30 Y 36 AÑOS DE EDAD Y DOS NIÑOS VARONES, DE 7 Y 9 AÑOS DE EDAD.

TODOS PRESENTARON TRAUMATISMOS DE CRÁNEO DE DIVERSA ÍNDOLE: HERIDAS POR ARMA DE FUEGO, UN CASO (EL 5% DE LA MUESTRA); TRAUMATISMOS POR CAIDAS DE UNA ALTURA MAYOR DE UN METRO, 4 PACIENTES (EL 20% DE LA MUESTRA); ACCIDENTADOS DE TRÁNSITO - 7 CASOS (35% DE LA MUESTRA) Y TRAUMATISMOS DIRECTOS SOBRE CABEZA POR AGRESIÓN PERSONAL, 8 PACIENTES (40% DE LA MUESTRA).

EL NIVEL SOCIO-CULTURAL DE TODA LA MUESTRA FUÉ SU - MAMENTE BAJO. SE TRATABA DE PERSONAS QUE CARECÍAN CASI TOTALMENTE DE RECURSOS ECONÓMICOS Y QUE VIVÍAN EN PÉSIMAS CONDICIONES DE HIGIENE. EL GRADO DE ESCOLARIDAD ERA EN GENERAL MUY - BAJO, Y UNO DE LOS PACIENTES (5% DE LA MUESTRA) ERA ANALFABETA.

SE SOMETÍA A LOS PACIENTES A EXÁMENES MÉDICOS COMPLETOS QUE CONSISTÍAN EN TODOS ELLOS EN: HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA Y, EN LOS CASOS QUE LO REQUERÍAN, EXÁ -

MEN DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO, ESTUDIOS RADIOLÓGICOS (RADIOGRAFÍA SIMPLE DE CRÁNEO, O BIEN PRIMERO ENCEFALOGRAMA O ARTERIOGRAMA) Y ELECTRO-ENCEFALOGRÁFICOS, ADEMÁS DE LA APLICACIÓN DEL PSICODIAGNÓSTICO.

EL INICIO DE LOS ESTUDIOS SE REALIZABA EN EL MOMENTO DE INGRESO DEL PACIENTE AL HOSPITAL, O BIEN, SI INGRESABA EN ESTADO DE INCONCIENCIA, CUANDO YA HABÍA RECUPERADO LA CONCIENCIA.

A LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES SE LES ADMINISTRÓ -
POR PRIMERA VEZ EL RORSCHACH DE 24 A 48 HORAS DESPUÉS DEL -
TRAUMATISMO, SALVO EN LOS CASOS EN QUE, POR UNA PROLONGADA -
ETAPA DE INCONCIENCIA, FUÉ NECESARIO ESPERAR HASTA VARIOS -
DIAS.

LA SITUACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA PRUEBA NO SE AJUSTÓ, POR MOTIVOS CIRCUNSTANCIALES, A LOS REQUISITOS USUALES. LOS PACIENTES ESTABAN ENCAMADOS EN UNA SALA GENERAL CON MÁS DE 40 CAMAS, CASI SIEMPRE TOTALMENTE OCUPADAS. PARA LOGRAR MAYOR PRIVACÍA SE NOS FACILITÓ EL USO DE MAMPARAS PARA AISLAR PARCIALMENTE AL PACIENTE DEL RESTO DE LA SALA DURANTE-

LA ENTREVISTA Y LA PRUEBA.

SE REALIZÓ UNA BREVE ENTREVISTA EN QUE SE ANOTABAN DATOS GENERALES DEL PACIENTE COMO SU NOMBRE, EDAD, OCUPACIÓN Y SE LE PREGUNTABA POR SU ESTADO GENERAL DE SALUD Y ACERCA DE SU TRAUMATISMO Y ESTADO DE ÁNIMO.

EN UN PRINCIPIO SE INTENTÓ UTILIZAR UNA PRUEBA ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DEL RORSCHACH CON RESULTADOS NEGATIVOS, PUES PRUEBAS DE EJECUCIÓN COMO LA PRUEBA DE MACHOVER NO ERAN FACTIBLES DE SER REALIZADAS POR EL PACIENTE POR SU POSICIÓN AL ESTAR ENCAMADO. ALGUNOS, INCLUSIVE, SE QUEJABAN DE DOLOR_S Y NO PODÍAN REALIZAR BIEN LA PRUEBA. SE INTENTÓ TAMBIÉN UTILIZAR EL RAVEN, PERO ENTONCES EL PACIENTE SE FATIGABA Y NO COOPERABA CON EL RORSCHACH.

LA GRAN MAYORÍA DE LOS PACIENTES FUERON COOPERADORES, ESPECIALMENTE DURANTE LA PRIMERA ENTREVISTA EN EL HOSPITAL. ASÍ, SE OPTÓ POR HACER ÚNICAMENTE LA ENTREVISTA ARRIBA DESCRITA PARA ESTABLECER ALGÚN RAPPORT, Y PASAR DIRECTAMENTE A LA ADMINISTRACIÓN DEL RORSCHACH.

CUANDO LOS PACIENTES, SEGÚN CRITERIOS CLÍNICOS DE -

LOS MÉDICOS DEL SERVICIO NEUROLÓGICO DEL HOSPITAL JUÁREZ, --
ERAN DADOS DE ALTA, SE HACÍA UNA SEGUNDA ADMINISTRACIÓN DEL --
KORSCHACH. ENTRE LOS DATOS CLÍNICOS ARRIBA CITADOS SE BUSCABA
LA DESAPARICIÓN DE LOS SÍNDROMES MAS IMPORTANTES Y DEL EDEMA--
CEREBRAL: FONDO DE OJO NORMAL, LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO NORMAL,
ETC.

EN ALGUNOS CASOS SE LOGRÓ HACER LA READMINISTRACIÓN
EN EL MISMO HOSPITAL, PERO EN SU GRAN MAYORÍA TUVIMOS LA NECE--
SIDAD DE BUSCAR A LOS PACIENTES A SUS DOMICILIOS, Y EN DOS --
CASOS A SUS TRABAJOS PARA CONCERTAR CITAS PARA LA READMINIS--
TRACIÓN.

LA READMINISTRACIÓN, EN GENERAL, TAN POCO REUNIÓ --
LAS CONDICIONES IDEALES QUE LA PRUEBA EXIGE, YA QUE SE REA--
LIZÓ EN EL HOSPITAL NUEVAMENTE, O EN LOS DOMICILIOS DE LOS --
PACIENTES.

LA ACTITUD DE LOS PACIENTES FUÉ MUY VARIABLE EN --
LA SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: ALGUNOS PRESENTARON IGUAL O MAYOR
INTERÉS Y COOPERACIÓN QUE EN LA PRIMERA, PERO HUBO ALGUNOS --
QUE NO DESEABAN SER SOMETIDOS NUEVAMENTE A ELLA Y OPINABAN --
QUE "YA NO ERA NECESARIO". Así, TUVIMOS 5 CASOS EN QUE NO --

FUÉ POSIBLE LA SEGUNDA ADMINISTRACIÓN, PORQUE 3 DE LOS PACIENTES SE FUGARON DEL HOSPITAL Y NO FUERON LOCALIZABLES EN LOS DO MICILIOS Y SITIOS DE TRABAJO QUE HABÍAN MANIFESTADO EN EL QUES TIONARIO DEL HOSPITAL Y EN NUESTRA ENTREVISTA, Y 2 PACIENTES SE NEGARON ENÉRGICAMENTE A REPETIR LA PRUEBA. PARA FINES ESTADÍSTICOS NO SE PUDIERON UTILIZAR LOS PRIMEROS PROTOCOLOS DE LOS PACIENTES A LOS CUALES NO SE LES READMINISTRÓ LA PRUEBA.

COMO SE ADVERTIRÁ, LA SITUACIÓN DE LOS PACIENTES OFRECÍA CARACTERÍSTICAS QUE RESULTABAN EN SU COARTACIÓN Y CONSTRICCIÓN, EL SÓLO HECHO DE ESTAR INTERNADOS EN UN HOSPITAL ERA EN SÍ UNA CONDICIÓN QUE GENERABA ANSIEDAD, POR LA PROPIA IDIOSINCRACIA DE LOS SUJETOS. ALGUNOS SE SENTÍAN MATERIALMENTE PRESOS POR TENER QUE PRESENTAR DECLARACIONES JUDICIALES, LO QUE LES PROVOCABA AÚN MAYOR ANSIEDAD.

POR LO ANTERIORMENTE EXPUESTO ACERCA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES TRAUMATIZADOS INTERNADOS EN EL HOSPITAL JUÁREZ, SE NOS PRESENTABA LA NECESIDAD DE OBTENER UN GRUPO CONTROL QUE, ADEMÁS DE OFRECER LOS MISMOS RASGOS GE NERALES DE BAJA ESCOLARIDAD Y SEMEJANTE NIVEL SOCIO-ECONÓMICO, PUDIERA, AUNQUE FUERA EN ALGÚN GRADO, OFRECER TAMBIÉN

COARTACIÓN Y CONSTRUCCIÓN.

SE NOS PRESENTÓ ENTONCES LA OPORTUNIDAD DE REALIZAR ESTUDIOS PSICOLÓGICOS ENTRE LA POBLACIÓN DE UNA UNIDAD DE VIVIENDAS PARA TRABAJADORES CON SALARIO MÍNIMO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

ALGUNOS DE ESTOS SUJETOS HABÍAN RECIBIDO RECIENTEMENTE SU VIVIENDA, Y OTROS ESTABAN POR RECIBIRLA, CUANDO REALIZAMOS LA MAYORÍA DE LAS PRIMERAS ADMINISTRACIONES. TANTO UNOS COMO OTROS PRESENTABAN RASGOS DE TEMOR ANTE LA SITUACIÓN DE SER LLAMADOS PARA LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA Y LA APLICACIÓN DE LOS TESTS, YA QUE PENSABA QUE ELLO PODRÍA RELACIONARSE CON EL OTORGAMIENTO DE SU VIVIENDA. ESTE FACTOR DE ANSIEDAD NOS DABA UN CUADRO CONSTRUCTIVO Y COARTADO SEMEJANTE, EN ALGÚN GRADO, AL DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL JUÁREZ.

OBTUVIMOS EL MISMO GÉNERO DE CONDUCTA EN LAS SEGUN- DAS ADMINISTRACIONES DEL RORSCHACH AL GRUPO CONTROL QUE LA QUE PRESENTÓ EL GRUPO DE TRAUMATIZADOS: ALGUNOS COOPERABAN Y NOS TRARON IGUAL O MAYOR INTERÉS QUE EN LA PRIMER ENTREVISTA. EN OTROS CASOS, FUÉ DIFÍCIL CONCERTAR LAS CITAS PARA LA READMINIS

TRACIÓN E INCLUSIVE HUBO CASOS EN QUE FUÉ MATERIALMENTE IMPOSIBLE QUE ALGUNOS SUJETOS ACUDIERAN A ELLAS Y SE PRESENTARAN A LA NUEVA ADMINISTRACIÓN, CON LO CUAL HUBO DE UTILIZARSE A OTROS SUJETOS PARA TENER EL MUESTREO COMPLETO EN AMBAS ADMINISTRACIONES.

NOS TRATAMOS DE AJUSTAR LO MÁS POSIBLE A LA ESCALA POR EDADES ENTRE AMBOS GRUPOS.

ASÍ, EL GRUPO CONTROL QUE OBTUVIMOS CONSTA DE 15 SUJETOS DE LOS QUE 10 ERAN HOMBRES ENTRE LAS EDADES DE 20 Y 42 AÑOS, 3 MUJERES DE 16, 36 Y 38 AÑOS DE EDAD, Y 2 NIÑOS VARONES DE 8 Y 11 AÑOS DE EDAD. CORRESPONDÍAN EXACTAMENTE EN SEXO.

EL GRADO DE ESCOLARIDAD, Y EL NIVEL SOCIO-ECONÓMICO DE AMBOS GRUPOS FUÉ LO MAS SEMEJANTE POSIBLE.

IV

CASOS CLINICOS

CASOS CLINICOS

DADA LA VARIEDAD DE LOS CASOS, Y EN VÍA DE ILUSTRACIÓN, PRESENTAMOS A CONTINUACIÓN LOS 20 CASOS DE PACIENTES - TRAUMATIZADOS CRANEOENCEFÁLICOS QUE SE ESTUDIARON.

SOLAMENTE LOS 15 PRIMEROS CASOS SE UTILIZARON PARA LA ESTADÍSTICA, YA QUE NO SE OBTUVIERON LAS READMINISTRACIONES DE LOS 5 ÚLTIMOS.

CASO 1.-

EDAD: 7 AÑOS.

SEXO: MASCULINO.

CAUSA DEL TRAUMATISMO: ACCIDENTE DE TRÁNSITO (ATROPELLAMIENTO POR AUTOMÓVIL).

TIPO DEL TRAUMATISMO: FRACTURA DE LA BÓVEDA DEL CRÁNEO CON HEMATOMA EPIDURAL IZQUIERDO.

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS: ESTADO DE COMA CON DURACIÓN DE 5 DÍAS.

SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 9 SIGNOS = R, T, M, F+%, P%, RPT, IMP, PLX, AP.

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: 6 SIGNOS = T, M, F+%, P%, RPT, AP.

OBSERVACIONES: NO SÓN ABSOLUTAMENTE VÁLIDOS LOS SIGNOS DE PIOTROWSKI EN NIÑOS, YA QUE, POR EJEMPLO, ES NORMAL EN CONTRAR EL SIGNO M. SIN EMBARGO, EL PRIMER RORSCHACH DENOTA UN CUADRO DE DEFICIENCIA MENTAL QUE NO SE REPITE EN LA READMINISTRACIÓN. IGUALMENTE, EL PRIMER PROTOCOLO TIENE UN ÍNDICE DE ORGANICIDAD MAS MARCADO QUE EL SEGUNDO.

CASO 2.-

EDAD: 9 AÑOS

SEXO: MASCULINO

CAUSA DEL TRAUMATISMO: ACCIDENTE DE TRÁNSITO (ATROPELLAMIENTO POR CAMIÓN).

TIPO DEL TRAUMATISMO: FRACTURA EXPUESTA DE CRÁNEO - CON HUNDIMIENTO. CONMOCIÓN CEREBRAL.

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS: PÉRDIDA MOMENTÁNEA DE - CONCIENCIA (COMA) Y POSTERIORMENTE MAREOS.

SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 7 SIGNOS = T, M, F+%, P%, CU, RPT, IMP.

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: 6 SIGNOS = T, M, P%, CU, RPT, IMP.

OBSERVACIONES: LA MISMA OBSERVACIÓN SE HACE EN ESTE CASO QUE EN EL ANTERIOR RESPECTO A LA FALTA DE ABSOLUTA VALIDEZ DE LOS SIGNOS DE PIOTROWSKI EN NIÑOS. AMBOS PROTOCOLOS PRESENTAN ANGUSTIA E IMPULSIVIDAD, AUNQUE EN MENOR GRADO EN EL SEGUNDO, EN EL CUAL TAMBIÉN SE OBSERVA UN MEJOR NIVEL INTELECTUAL EN RELACIÓN CON LA EDAD Y CON SU ESTADO ANÍMICO, ASÍ COMO UN LIGERO INCREMENTO EN SU CONTROL EMOCIONAL.

CASO 3.-

EDAD: 17 AÑOS.

SEXO: MASCULINO.

CAUSA DEL TRAUMATISMO: HEMATOMA INTRACEREBRAL (HERIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO).

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS: ESTADO DE COMA INMEDIATO AL TRAUMATISMO CON DURACIÓN DE 3 DÍAS.

SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 4 SIGNOS = R, M, F+%, P%.

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: 4 SIGNOS = R, M, F+%, P%.

OBSERVACIONES: NO ES, EN NINGUNA DE LAS 2 ADMINISTRACIONES, UN PROTOCOLO ORGÁNICO TÍPICO. SÓLAMENTE PRESENTÓ 4 SIGNOS DE PIOTROWSKI DE LOS QUE NO SON LOS DE MAYOR IMPORTANCIA. EN AMBOS PROTOCOLOS HAY UN MARCADO INFANTILISMO, RIGIDEZ E ÍNDICES DE ANGSTIA, AUNQUE EN EL SEGUNDO HAY UNA LIGERA DISMINUCIÓN DE LA RIGIDEZ Y UN MAYOR CONTACTO CONSIGO MISMO. AMBOS PROTOCOLOS SON CONSTRICTIVOS.

CASO 4.-

EDAD: 21 AÑOS.

SEXO: MASCULINO.

CAUSA DEL TRAUMATISMO: ACCIDENTE DE TRÁNSITO (CAIDA DE UNA BICICLETA).

TIPO DEL TRAUMATISMO: FRACTURA DE CRÁNEO CON HUNDIMIENTO EN REGIÓN FRONTAL IZQUIERDA.

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICAS: ESTADO DE COMA CON DURACIÓN DE 15 o 30 MINUTOS. POSTERIORMENTE CONFUSIÓN MENTAL Y CEFALEA FRONTAL.

SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 8 SIGNOS = R, M, F+%, P%, RPT, IMP, - PLX, AP.

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: 8 SIGNOS = R, M, F+%, P%, RPT, IMP, - PLX, AP.

OBSERVACIONES: AMBOS PROTOCOLOS PRESENTAN 8 SIGNOS SIGNIFICATIVOS DE PIOTROWSKI CARACTERÍSTICOS DE ORGANICIDAD. NO PRESENTA CAMBIOS NOTABLES ENTRE LOS DOS TESTS, PRESENTÁNDOSE ANSIEDAD, RIGIDEZ, GRAN PREOCUPACIÓN POR SÍ MISMO CON FALTA DE CONTROL INTIMO Y EXTERNO.

CASO CONTACTO EMOCIONAL CON EL MEDIO, Y CONTROL INTERIOR. RIGIDEZ, RASGOS OBSESIVOS E INFANTILES MUY MARCADOS. BAJO NIVEL INTELLECTUAL. EN EL SEGUNDO PROTOCOLO SE NOTA MENOR REGRESIVIDAD Y CONTACTO EMOCIONAL CON EL MEDIO.

CASO 6.-

EDAD: 26 AÑOS

SEXO: MASCULINO.

CAUSA DEL TRAUMATISMO: CAIDA DE UNA ALTURA APROXIMADA DE 4 METROS.

TIPO DEL TRAUMATISMO: FRACTURA DE LA BÓVEDA CRANEANA IZQUIERDA, IRRADIADA A PISO MEDIO DE LA BASE.

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS: ESTADO DE COMA CON DURACIÓN DE 2 HORAS, POSTERIORMENTE SE PRESENTARON VÉRTIGOS Y CEFALEA GENERALIZADA.

SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 7 SIGNOS = H, F+ $\frac{1}{2}$, P $\frac{1}{2}$, CU, RPT, IMP, - PLX.

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: 5 SIGNOS = H, F+ $\frac{1}{2}$, P $\frac{1}{2}$, CU, RPT.

OBSERVACIONES:

EL PRIMER PROTOCOLO DÁ MÁS SIGNOS DE ORGANICIDAD QUE EL SEGUNDO, PERO LOS DOS DENOTAN ESA CARACTERÍSTICA, AUNQUE EN MENOR GRADO EL SEGUNDO. SIN EMBARGO, AMBOS PROTOCOLOS MUESTRAN SIGNOS PATOLÓGICOS MARCADOS, DE DESINTEGRACIÓN DE LA PERSONALIDAD. LA INTELIGENCIA DEL SUJETO SE MUESTRA INFERIOR AL TÉRMINO MEDIO. HAY DATOS QUE INDICAN ANSIEDAD FLOTANTE, TEN -

DENCIAS OBSESIVAS. INMADUREZ Y REGRESIVIDAD.

CASO 7.-

EDAD: 33 AÑOS.

SEXO: MASCULINO.

CAUSA DEL TRAUMATISMO: CAÍDA DE UNA ALTURA APROXIMADA DE 4 METROS.

TIPO DE TRAUMATISMO: FRACTURA DE LA BÓVEDA DEL CRÁNEO, IRRADIADA MEDIO Y ANTERIOR DE LA BASE. CONTUSIÓN CEREBRAL HEMATOMA SUBDURAL.

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS: ESTADO DE COMA DURANTE 4 HORAS. POSTERIORMENTE, ESTADO DE DELIRIO CON GRAN CONFUSIÓN MENTAL Y AMNESIA, ACOMPAÑADO DE ALUCINACIONES VISUALES. AL SER DADO DE ALTA PRESENTABA TODAVÍA VÉRTIGOS, VISIÓN NUBLADA Y DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA AUDITIVA DERECHA.

SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 8 SIGNOS = T, M, F+%, F%, RPT, IMP, PLX. AP.

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: 1 SIGNO = F%.

OBSERVACIONES: PRESENTA ESTE PACIENTE UN CURO DE DIFERENCIA SORPRENDENTE ENTRE LOS 2 PROTOCOLOS, SIENDO LA MÁS DRAMÁTICA LA DESAPARICIÓN DE 7 DE LOS SIGNOS DE PIOTROWSKI MÁS SIGNIFICATIVOS EN UN DIAGNÓSTICO DE ORGANICIDAD, QUEDANDO

EN EL SEGUNDO PROTOCOLO SÓLO EL DE 1% QUE NO TIENE GRAN IMPORTANCIA. EN EL PRIMER KORSCHACH, TÍPICAMENTE ORGÁNICO, SE ADVIERTE UNA INTELIGENCIA MEDIA FUNCIONANDO A BAJO NIVEL, MIENTRAS QUE EL SEGUNDO ES EL DE UN SUJETO NORMAL CON UNA INTELIGENCIA MEDIA Y BIEN ADAPTADO A SU MEDIO.

CASO 8.-

EDAD: 33 AÑOS

SEXO: MASCULINO

CAUSA DEL TRAUMATISMO: TRAUMATISMO DIRECTO SOBRE -
CABEZA POR AGRESIÓN PERSONAL.

TIPO DEL TRAUMATISMO: FRACTURA DE BÓVEDA DERECHA -
CONTUSIÓN CEREBRAL.

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS: COMA CON DURACIÓN DE 24
HORAS. PÉRDIDA DE LA VISIÓN POR 36 HORAS. AMNESIA. POSTERIOR-
MENTE PRESENTÓ DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL BILATERAL, -
DISMINUCIÓN DE AGUDEZA AUDITIVA DERECHA, DISMINUCIÓN DE LA -
FUERZA EN EL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, INATENCIÓN Y FÁCIL - -
EXCITABILIDAD O DEPRESIÓN. DEBILIDAD Y FATIGABILIDAD.

SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 8 SIGNOS = M, F+%, P%, CN, RPT, IMP,
PLX. AP.

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: 8 SIGNOS = M, F+%, P%, CN, RPT, IMP,
PLX, AP.

OBSERVACIONES:

MUESTRA UNA PERSONALIDAD EN VÍAS DE DESINTEGRACIÓN
CON RASGOS DEFINIDOS ESQUIZOIDES, QUE SE ACENTÚAN EN LA SEGUN
DA ADMINISTRACIÓN CON RASGOS PARANOIDES. HAY MAYOR DESINTE -
GRACIÓN EN EL SEGUNDO PROTOCOLO, EN EL QUE SE ADVIERTE MENOR

CONTACTO CON LA REALIDAD Y GRAN IMPULSIVIDAD.

Caso 9.-

EDAD: 36 AÑOS

SEXO: MASCULINO

CAUSA DEL TRAUMATISMO: TRAUMATISMO DIRECTO SOBRE CA
BEZA POR AGRESIÓN PERSONAL (EN ESTADO DE EBRIEDAD).

TIPO DE TRAUMATISMO: FRACTURA DEL PISO MEDIO DE LA
BASE. CONTUSIÓN CEREBRAL.

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS: PÉRDIDA DE LA CONCIEN -
CIA DURANTE 4 HORAS. CONFUSIÓN MENTAL DURANTE 2 DÍAS. FÁCIL -
IRRITABILIDAD. CEFALEA.

SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 4 SIGNOS = R, M, F+%, P%

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: 3 SIGNOS = R, M, P%

OBSERVACIONES:

NINGUNO DE LOS PROTOCOLOS DENOTA ORGANICIDAD YA -
QUE SÓLO DA 4 SIGNOS EN EL PRIMERO Y 3 EN EL SEGUNDO DE LOS-
DE MENOR SIGNIFICACIÓN EN AMBOS. BAJO NIVEL INTELECTUAL. ES-
CASO CONTROL INTERIOR. RIGIDEZ. POCO CONTACTO EMOCIONAL CON-
EL MEDIO QUE AUMENTA EN EL SEGUNDO.

CASO 10.-

EDAD: 37 AÑOS

SEXO: MASCULINO

CAUSA DEL TRAUMATISMO: TRAUMATISMO DIRECTO SOBRE CA
BEZA POR AGRESIÓN PERSONAL.

TIPO DE TRAUMATISMO: CONTUSIÓN CEREBRAL DIFUSA.

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS: ESTADO DE COMA DURANTE--
2 HORAS. CEFALEA.

SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 3 SIGNOS = R, M, AP.

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: 3 SIGNOS = R, M, AP.

OBSERVACIONES:

SÓLAMENTE SE PRESENTAN 3 SIGNOS EN AMBOS PROTOCOLOS,
2 DE ELLOS DE NO GRAN IMPORTANCIA, Y UNO DE LOS DE TIPO CUALI-
TATIVO: EL DE FRASES AUTOMÁTICAS, QUE DIÓ PAUTA A PENSAR EN -
UN CUADRO DE RIGIDEZ CON RASGOS OBSESIVO-COMPULSIVOS. SU INTE-
LIGENCIA ES EN EL PRIMERO INFERIOR AL TÉRMINO MEDIO, PERO EN -
LA READMINISTRACIÓN SE OBSERVÓ UN NIVEL INTELECTUAL MEDIO COAR-
TADO POR SU MEDIO EXTERNO. EN AMBOS PROTOCOLOS MUESTRA NECESI-
DAD DE CONTACTO.

CASO 11.-

EDAD: 49 AÑOS

SEXO: MASCULINO

CAUSA DEL TRAUMATISMO: TRAUMATISMO DIRECTO SOBRE -
CABEZA POR AGRESIÓN PERSONAL (EN ESTADO DE EBriedAD).

TIPO DEL TRAUMATISMO: CONMOCIÓN CEREBRAL.

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS: PÉRDIDA DE CONCIENCIA
DURANTE 15 MINUTOS; CONFUSIÓN MENTAL ACOMPAÑADA DE ACÚFENOS-
Y FÚSFENOS DURANTE 4 DÍAS. CEFALEA MUY INTENSA Y MAREOS.

SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 8 SIGNOS = R, M, F+%, P%, RPT, IMP,-
PLX, AP.

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: 8 SIGNOS = R, M, F+%, P%, RPT, IMP,-
PLX, AP.

OBSERVACIONES:

DOS PROTOCOLOS CLARAMENTE ORGÁNICOS, PRESENTANDO -
AMBOS 8 DE LOS SIGNOS MÁS REPRESENTATIVOS, FALTANDO SOLAMEN-
TE DE LOS 10 DESCRITOS POR PIOTROWSKI LOS SIGNOS T Y CN. PRE-
SENTAN AMBOS PROTOCOLOS RASGOS NEURÓTICOS MUY MARCADOS, COM-
PULSIÓN Y EXTREMA RIGIDEZ. HAY DATOS DE ANGSTIA Y DE REPRE-
SIÓN DE FACTORES EMOCIONALES.

CASO 12.-

EDAD: 51 AÑOS

SEXO: MASCULINO

CAUSA DEL TRAUMATISMO: TRAUMATISMO DIRECTO POR AGRESIÓN PERSONAL.

TIPO DEL TRAUMATISMO: FRACTURA EN BÓVEDA DEL CRÁNEO A NIVEL DE LA LÍNEA MEDIA EN REGION PARIETAL. CONTUSIÓN CEREBRAL DIFUSA.

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS: ESTADO DE COMA CON DURACIÓN DE 2 DÍAS . DESPUÉS, ESTADO DE CONFUSIÓN MENTAL DURANTE 24 HORAS, CON TENDENCIAS AGRESIVAS; POSTERIORMENTE, CEFALEA Y NEURALGIA SUB-OCCIPITAL.

SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 7 SIGNOS = M, F+%, P%, RPT, IMP, PLX, AP.

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: 3 SIGNOS = M, F+%, P%.

OBSERVACIONES:

NOTABLE CAMBIO ENTRE LOS DOS PROTOCOLOS, ESPECIALMENTE POR LO QUE SE REFIERE A LA DESAPARICIÓN DE 4 SIGNOS DE PIOTROWSKI, LOS CUALITATIVOS, QUE TIENEN GRAN IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA EN CUANTO A ORGANICIDAD, PERSISTIENDO 3 MENOS SIG-

NIFICATIVOS. EN LOS 2 RORSCHACH SE REVELA UNA PERSONALIDAD -
RÍGIDA E INFANTIL EMOCIONALMENTE. INFERIOR INTELECTUALMENTE-
AL TÉRMINO MEDIO. RASGOS DE ANSIEDAD QUE DESAPARECEN UN POCO
EN EL SEGUNDO PROTOCOLO, EN EL CUAL TAMBIÉN SE ENCUENTRA MA-
YOR CONTACTO CON LA REALIDAD.

CASO 13.-

EDAD: 15 AÑOS

SEXO: FEMENINO

CAUSA DEL TRAUMATISMO: CAIDA DE UNA ALTURA APROXIMADA DE 1 METRO.

TIPO DEL TRAUMATISMO: FRACTURA DEL PISO ANTERIOR DE LA BASE DEL CRÁNEO. CONTUSIÓN CEREBRAL.

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS: PÉRDIDA DE CONCIENCIA DURANTE 2 HORAS. CEFALEA MUY INTENSA.

SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 5 SIGNOS = R, T, M, F+%, P%.

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: 5 SIGNOS = R, T, M, F+%, P%.

OBSERVACIONES:

EN LOS DOS PROTOCOLOS PRESENTA 5 SIGNOS DE LOS QUE NO TIENEN MAYOR RELIEVE PARA UN DIAGNÓSTICO DE ORGANICIDAD, ESPECIALMENTE SI SE TIENE EN CUENTA LA RELATIVAMENTE CORTA EDAD DE LA PACIENTE. EN LA PRIMERA ADMINISTRACIÓN DE BORSCHACH PRESENTA DATOS DE ANGSTIA, REGRESIVIDAD, TENDENCIAS INTROVERSIVAS Y BAJO NIVEL INTELECTUAL. EL SEGUNDO PROTOCOLO

MUESTRA ALGUNA DISMINUCIÓN DE LA ANGSTIA Y MAYOR CONTACTO -
EMOCIONAL CON EL MEDIO, PERO DE TIPO INFANTIL.

CASO 14.-

EDAD: 30 AÑOS

SEXO: FEMENINO

CAUSA DEL TRAUMATISMO: CAÍDA DE UNA ALTURA APROXIMADA DE 3 METROS.

TIPO DEL TRAUMATISMO: CONTUSIÓN CEREBRAL.

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS: PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA POR 2 HORAS, SEGUIDA DE CONFUSIÓN MENTAL POR 6 A 8 HORAS. POSTERIORMENTE PRESENTÓ CEFALEA Y FATIGABILIDAD.

SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 6 SIGNOS = F+%, P%, RPT, IMP, PLX, - AP.

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: 6 SIGNOS = R, F+%, P%, RPT, IMP, PLX.

OBSERVACIONES:

AMBOS PROTOCOLOS PRESENTAN 6 SIGNOS DE PIOTROWSKI- CON LOS DE MAYOR IMPORTANCIA. HAY UN VARIANTE ENTRE AMBOS - RESPECTO A LOS SIGNOS PRESENTADOS: EN EL PRIMERO NO APARECE- EL SIGNO R, QUE APARECE EN EL SEGUNDO, EN EL CUAL DESAPARE- CE EL DE FRASES AUTOMÁTICAS. PRESENTA UNA LIGERA MEJORÍA EN- GENERAL, DISMINUYENDO RASGOS DE ANGSTIA EN LA SEGUNDA ADMI- NISTRACIÓN.

CASO 15.-

EDAD: 36 AÑOS

SEXO: FEMENINO

CAUSA DEL TRAUMATISMO: ACCIDENTE DE TRÁNSITO (ATROPELLAMIENTO POR AUTOMÓVIL).

TIPO DEL TRAUMATISMO: FRACTURA CON HUNDIMIENTO DEL FRONTAL. CONTUSIÓN CEREBRAL. LESIONES EN REGIÓN FRONTAL INTERESANDO PIEL Y TEJIDO CELULAR.

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS: PÉRDIDA MOMENTÁNEA DE LA CONCIENCIA. CONFUSIÓN MENTAL. MAREOS, SOMNOLENCIA. POSTERIORMENTE TRASTORNOS DE MEMORIA Y CEFALEA.

SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 8 SIGNOS = M, F+, P%, CN, RPT, IMP, PLX, AP.

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: 4 SIGNOS = M, F+, P%, CN.

OBSERVACIONES:

EN LA PRIMERA ADMINISTRACIÓN SE PRESENTARON 8 SIGNOS INCLUYENDO LOS 4 CUALITATIVO Y EL DE DENOMINACIÓN CROMÁTICA, MISMO QUE PERSISTIÓ EN LA SEGUNDA EN LA QUE DESAPARECIERON LOS CUALITATIVOS. AMBOS DENOTAN NECESIDAD DE CONTACTO.

CASO 16.-

EDAD: 24 AÑOS

SEXO: MASCULINO

CAUSA DEL TRAUMATISMO: ACCIDENTE DE TRÁNSITO (ATROPELLAMIENTO POR AUTOMÓVIL).

TIPO DEL TRAUMATISMO: CONMOCIÓN CEREBRAL Y FRACTURA DEL MALAR DERECHO.

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS: ESTADO DE COMA DURANTE 3 HORAS.

SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 7 SIGNOS = T, F+%, P%, CN, RPT, IMP, PLX.

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: NO SE REALIZÓ.

OBSERVACIONES:

SOLAMENTE SE HIZO UNA ADMINISTRACIÓN PUES EL PACIENTE SE ESCAPÓ DEL HOSPITAL Y NO SE LE PUDO LOCALIZAR POSTERIORMENTE. EL RORSCHACH QUE SE LE APLICÓ MOSTRÓ 7 SIGNOS DE PIOTROWSKI INDICATIVOS DE ORGANICIDAD. INDICA BAJO RENDIMIENTO INTELECTUAL Y UNA MAYOR CAPACIDAD QUE NO ESTÁ UTILIZANDO. RASGOS DE RIGIDEZ Y TAMBIÉN DE DEPRESIVIDAD QUE TRATA DE MANEJAR.

Caso 17.-

EDAD: 28 AÑOS

SEXO: MASCULINO

CAUSA DEL TRAUMATISMO: ACCIDENTE DE TRÁNSITO (ATROPELLAMIENTO POR AUTOMÓVIL).

TIPO DEL TRAUMATISMO: CONTUSIÓN CEREBRAL Y LESIONES DERMO-EPIDÉRMICAS.

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS: ESTADO DE COMA DURANTE 6 HORAS. CONFUSIÓN MENTAL. POSTERIORMENTE, CEFALEA, VÉRTIGOS Y ANOREXIA.

SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 8 SIGNOS = R, M, F+, P%, RPT, IMP,-
PLX, AP.

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: NO SE REALIZÓ.

OBSERVACIONES:

NO FUÉ POSIBLE LA READMINISTRACIÓN DEL RORSCHACH - PORQUE EL PACIENTE SE FUGÓ DEL HOSPITAL Y YA NO SE LE LOCALIZÓ. LA ADMINISTRACIÓN QUE SE LE HIZO NOS DIÓ UN PROTOCOLO CON 8 DE LOS 10 SIGNOS DE PIOTROWSKI, FALTANDO SOLAMENTE LOS SIGNOS T Y CU. PRESENTABA UN BAJO NIVEL INTELECTUAL. SIGNOS DE REPRESIÓN Y DE NECESIDAD DE CONTACTO, ASÍ COMO PREOCUPACIÓN POR SÍ MISMO CON TENDENCIAS HIPOCONDRIACAS. RASGOS OBSESIVOS.

Caso 18.-

EDAD: 29 AÑOS

SEXO: MASCULINO

CAUSA DEL TRAUMATISMO: TRAUMATISMO DIRECTO SOBRE CA
BEZA (REGION FRONTAL IZQUIERDA) POR AGRESIÓN PERSONAL (EN ES-
TADO DE EBRIEDAD).

TIPO DEL TRAUMATISMO: FRACTURA FRONTAL CON HUNDI- -
MIENTO. CONTUSIÓN CEREBRAL.

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS: ESTADO DE COMA POR 4 -
HORAS. CONFUSIÓN MENTAL. AMNESIA. CEFALEA. POSTERIORMENTE MOS
TRÓ INATENCIÓN, DESINTERÉS Y FALTA DE COOPERACIÓN.

SIGNOS DE PIÓTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 2 SIGNOS = T, M.

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: NO SE REALIZÓ.

OBSERVACIONES:

LA PRIMERA ADMINISTRACIÓN NO DA MÁS QUE DOS DE LOS
SIGNOS MENOS REPRESENTATIVOS DE ORGANICIDAD. MUESTRA INFAN -
TILISMO Y EVASIVIDAD MUY MARCADOS. PIDIÓ SU SALIDA DEL Hos -
PITAL Y CUANDO LE FUÉ OTORGADA SE NEGÓ TERMINANTEMENTE A QUE
SE LE HICIERA UNA READMINISTRACIÓN DE LA PRUEBA.

CASO 19.-

EDAD: 31 AÑOS

SEXO: MASCULINO

CAUSA DEL TRAUMATISMO: TRAUMATISMO DIRECTO SOBRE CA-
BEZA (RECIBIÓ MÚLTIPLES TRAUMATISMOS INCLUSO SUFRIÓ FRACTURA
DE LA PIERNA IZQUIERDA), POR AGRESIÓN PERSONAL (EN ESTADO DE
EBRIEDAD).

TIPO DE TRAUMATISMO: FRACTURA CON HUNDIMIENTO DEL -
FRONTAL. ESQUIRLAS OSEAS EN LÓBULO FRONTAL, LACERACIÓN DE TE-
JIDO CEREBRAL FRONTAL. CONTUSIÓN CEREBRAL.

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS: ESTADO DE COMA POR VA-
RIAS HORAS. POSTERIORMENTE MUESTRA UNA MARCADA IRRITABILIDAD
Y FALTA DE COOPERACIÓN.

SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 3 SIGNOS = M, F+%, P%.

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: NO SE REALIZÓ.

OBSERVACIONES:

SOLAMENTE TIENE UN PROTOCOLO QUE PRESENTA 3 DE LOS
SIGNOS DE PIOTROWSKI CON MENOS IMPORTANCIA PARA EL DIAGNÓSTI-
CO DE ORGANICIDAD. PRESENTA ESTE PACIENTE UN CUADRO DE MUY -

BAJO NIVEL INTELLECTUAL, INFANTILISMO. MENTALIDAD DE TIPO PRI
MITIVO Y BAJO ÍNDICE DE CREATIVIDAD. NO SE HIZO LA READMI -
NISTRACIÓN PORQUE EL PACIENTE SE NEGÓ VIOLENTAMENTE A COOPE-
RAR.

Caso 20.-

EDAD: 32 AÑOS

SEXO: MASCULINO

CAUSA DEL TRAUMATISMO: ACCIDENTE DE TRÁNSITO (ATROPELLAMIENTO POR AUTOMÓVIL), EN ESTADO DE EBRIEDAD.

TIPO DEL TRAUMATISMO: CONMOCIÓN CEREBRAL Y CONTUSIÓN CEREBRAL.

SÍNDROMES POST-TRAUMÁTICOS: ESTADO DE COMA DURANTE 12 HORAS SEGUIDO POR ESTUPOR DURANTE 2 DÍAS. PÉRDIDA DE LA MEMORIA POSTERIOR AL TRAUMATISMO. MÁS TARDE PRESENTÓ DIFICULTAD PARA LA MOVILIDAD DE MANO Y ANTEBRAZO IZQUIERDOS, DIPLOPIA HACIA LA IZQUIERDA, VISIÓN BORROSA, CEFALEA.

SIGNOS DE PIOTROWSKI.

PRIMERA ADMINISTRACIÓN: 3 SIGNOS = R, F+, P+

SEGUNDA ADMINISTRACIÓN: NO SE REALIZÓ.

OBSERVACIONES:

CON SOLO 3 DE LOS SIGNOS MENOS CARACTERÍSTICOS DE ORGANICIDAD, EL ÚNICO PROTOCOLO DE ESTE PACIENTE NOS MUESTRA UN CUADRO DE UN SUJETO DE UNA CAPACIDAD MENTAL ALTA PERO UNBAJO NIVEL DE APROVECHAMIENTO Y PRODUCTIVIDAD, FUNCIONANDO A

NIVELES INFANTILES EMOCIONAL E INTELECTUALMENTE. SE ESCAPÓ -
DEL HOSPITAL Y NO SE PUDO EFECTUAR OTRA ADMINISTRACIÓN DE -
LA PRUEBA.

7

ANALISIS DE RESULTADOS

ANÁLISIS DE RESULTADOS

PARA OBTENER LOS RESULTADOS A QUE LLEGAMOS EN EL PRESENTE TRABAJO SE UTILIZÓ EL PROCEDIMIENTO DE LA X^2 COMO PROCESO ESTADÍSTICO (VER EJEMPLO PÁGINA 74) .

INCLUÍMOS LA TABULACIÓN DE LOS 15 CASOS DE LOS PACIENTES TRAUMATIZADOS QUE SE UTILIZARON EN ESTADÍSTICA (VER CUADRO PAG. 72), GRUPO AL QUE AHORA DENOMINAREMOS EXPERIMENTAL, EN SUS DOS ADMINISTRACIONES. A LA PRIMERA SE LE DENOMINARÁ I, Y A LA SEGUNDA II.

SE ENCUENTRA TAMBIÉN INCLUIDA LA TABULACIÓN DE LOS 15 SUJETOS QUE OBTUVIMOS COMO GRUPO CONTROL (VER CUADRO PAG. 73). A LA PRIMERA ADMINISTRACIÓN DE ÉSTE LE DENOMINAREMOS A, SIENDO B EL RETEST DEL MISMO.

INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.-

PARA INTERPRETAR LOS DATOS NOS HA PARECIDO CONVENIENTE ESTABLECER 6 TIPOS DE COMPARACIONES. LA PRIMERA ES UNA COMPARACIÓN ENTRE LA PRIMERA ADMINISTRACIÓN AL GRUPO EXPERIMENTAL (I) Y LA PRIMERA ADMINISTRACIÓN AL GRUPO CONTROL (A). LA SEGUNDA ES UNA COMPARACIÓN ENTRE LA SEGUNDA ADMINISTRACIÓN DEL GRUPO EXPERIMENTAL (II) Y LA SEGUNDA ADMINISTRACIÓN DEL GRUPO CONTROL (B). LA TERCERA ES LA COMPARACIÓN ENTRE LA PRIMERA ADMINISTRACIÓN DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y EL

SIGNOS DE PIOTROWSKI PARA EFECTOS DE TABULACION

Y ESTADISTICA :

SIGNO R	=	1
SIGNO T	=	2
SIGNO M	=	3
SIGNO F+%	=	4
SIGNO P%	=	5
SIGNO CN	=	6
SIGNO RPT	=	7
SIGNO IMP	=	8
SIGNO PLX	=	9
SIGNO AP	=	10

-72-
GRUPO EXPERIMENTAL.

TABULACIÓN I II.

I = PRIMERA ADMINISTRACIÓN.

II = SEGUNDA ADMINISTRACIÓN.

SIGNOS:

CASO SEXO EDAD Ad. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1	M	7	I	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
			II																	
2	M	9	I	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
			II																	
3	M	17	I	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
			II																	
4	M	21	I	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
			II																	
5	M	22	I	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
			II																	
6	M	26	I	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
			II																	
7	M	33	I	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
			II																	
8	M	33	I	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
			II																	
9	M	36	I	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
			II																	
10	M	37	I	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
			II																	
11	M	49	I	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
			II																	
12	M	51	I	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
			II																	
13	F	15	I	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
			II																	
14	F	30	I	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
			II																	
15	F	36	I	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
			II																	

TOTALES:

I 8 4 14 13 13 4 10 10 9 9

II 8 3 13 10 13 4 7 5 4 5

GRUPO CONTROL.

TABULACIÓN A B.

A = PRIMERA ADMINISTRACIÓN.

B = SEGUNDA ADMINISTRACIÓN.

SIGNOS:

CASO	SEXO	EDAD	AD.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	M	8	A	/	/	/		/		/			/	
			B		/	/	/	/	/	/	/	/	/	
2	M	11	A	/	/	/							/	
			B			/	/	/					/	
3	M	20	A	/	/									
			B		/	/								
4	M	21	A				/			/				
			B											
5	M	22	A	/	/			/						
			B			/	/		/	/				
6	M	24	A			/		/						
			B			/	/		/	/				
7	M	25	A		/		/							
			B		/	/		/	/					
8	M	32	A	/	/	/				/	/	/	/	
			B		/	/	/	/	/	/	/	/	/	
9	M	34	A			/	/	/	/	/	/	/	/	
			B			/	/	/	/	/	/	/	/	
10	M	35	A	/	/	/		/						
			B		/	/	/	/	/	/	/	/	/	
11	M	35	A	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
			B		/	/	/	/	/	/	/	/	/	
12	M	42	A	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
			B		/	/	/	/	/	/	/	/	/	
13	F	16	A	/	/			/						
			B		/	/			/					
14	F	36	A	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
			B		/	/	/	/	/	/	/	/	/	
15	F	38	A	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
			B		/	/	/	/	/	/	/	/	/	
TOTALES:				A	10	5	10	6	10	1	3	1	1	4
				B	8	4	9	6	10	0	3	1	1	3

TOTALES:

A	10	5	10	6	10	1	3	1	1	4
B	8	4	9	6	10	0	3	1	1	3

HOJA DE X²

EJEMPLO DEL TIPO DE OPERACIONES QUE SE REALIZAN PARA OBTENER LA X².

SIGNIFICATIVA AL 5% = 3.84

" " 1% = 6.64

COMPARACION 1 A.

SIGNO 1 (R).

A (1) No. DE VECES PRESENTADO 8	B (1) No. DE VECES NO PRESENTADO 7	A
C (A) No. DE VECES PRESENTADO 10	D (A) No. DE VECES NO PRESENTADO 5	C + D

15

15

A + C 18

B + D 12

N = 30

$$X^2 = \frac{N (AD-BC)^2}{(A+B) (C+D) (A+C) (B+D)}$$

$$X^2 = \frac{30 (40 - 70)^2}{(15) (15) (18) (12)} = \frac{27000}{48600}$$

$$X^2 = \underline{0.555}$$

NO SIGNIFICATIVO

RETEST AL GRUPO CONTROL (I B). LA CUARTA ES UNA COMPARACIÓN ENTRE EL RETEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y LA PRIMERA ADMINISTRACIÓN DEL GRUPO CONTROL (II A). LA QUINTA ES UNA COMPARACIÓN ENTRE LA PRIMERA ADMINISTRACIÓN Y EL RETEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL (I II) Y LA ÚLTIMA ENTRE LA PRIMERA ADMINISTRACIÓN Y EL RETEST DEL GRUPO CONTROL (A B).

LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE LA χ^2 ESTÁN ANOTADOS EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE (VER PÁGINA-76). SE ENCUENTRAN MARCADOS AQUELLOS RESULTADOS QUE OBTUVIMOS COMO ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVOS AL 1% Y AL 5%, QUE SE ANOTAN EN EL LUGAR CORRESPONDIENTE DEL MISMO CUADRO.

AL COMPARAR LOS 10 SIGNOS DE PIOTROWSKI EN LA COMPARACIÓN I A, NOS ENCONTRAMOS CON QUE SOLAMENTE LOS SIGNOS F + % (SIGNOS CUATRO), RPT (SIGNO SIETE), IMP. (SIGNO OCHO), Y PLX (SIGNO NUEVE) ARROJARON UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA: LOS CUATRO AL 1%, DATO QUE SE CONSIDERA IMPORTANTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DIAGNÓSTICO. SON PUES ESTOS SIGNOS LOS QUE EN NUESTRO ESTUDIO PRESENTAN MAYOR VALIDEZ.

UN DETALLE IMPORTANTE LO CONSTITUYE EL HECHO - -

TABLA DE RESULTADOS DE LA APLICACION DE χ^2 .

SIGNIFICATIVOS AL 5% = 3.84

SIGNIFICATIVOS AL 1% = 6.64

	I A	II B	I B	II A	I II	A B
SIGNO R 1)	.555	0	0	.555	0	.555
SIGNO T 2)	.158	.186	0	.681	.186	.158
SIGNO M 3)	3.333	2.727	<u>4.658</u>	1.677	.370	.143
SIGNO F+% 4)	<u>7.033</u>	2.142	<u>7.033</u>	2.142	1.677	0
SIGNO P% 5)	1.677	1.677	1.677	1.433	0	0
SIGNO CN 6)	2.160	<u>4.615</u>	<u>4.615</u>	2.160	0	1.034
SIGNO RPT 7)	<u>6.651</u>	2.400	<u>6.651</u>	2.400	1.221	0
SIGNO IMP 8)	<u>11.626</u>	3.333	<u>11.626</u>	3.333	3.333	0
SIGNO PLX 9)	<u>9.600</u>	2.160	<u>9.600</u>	2.160	3.393	0
SIGNO AP 10)	3.393	.681	<u>5.000</u>	.158	2.142	.186

LOS RESULTADOS SUBRAYADOS UNA VEZ () SON SIGNIFICATIVOS AL 5%.

LOS RESULTADOS SUBRAYADOS DOS VECES () SON SIGNIFICATIVOS AL 1%.

DE QUE AL COMPARAR EL RETEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL (11)-
CORRESPONDIENTE A LA ADMINISTRACIÓN DEL RORSCHACH DESPUÉS
DEL TRATAMIENTO CON LA PRIMERA ADMINISTRACIÓN DEL GRUPO -
CONTROL NO SE ENCONTRÓ NINGUNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA -
LO CUAL PARECE INDICAR QUE AL REMITIR EL CUADRO CLÍNICO -
DESAPARECIERON TAMBIÉN LOS SIGNOS CORRESPONDIENTES EN LA-
PRUEBA EN FORMA TAL QUE YA NO SON DIFERENCIABLES DEL GRU-
PO CONTROL.

PORSUPUESTO QUE ÉSTE DATO ES MAS INTERESANTE TO
DAVÍA SI CONSIDERAMOS QUE AL COMPARAR LA PRIMERA ADMINIS -
TRACIÓN Y LA SEGUNDA DENTRO DEL PROPIO GRUPO EXPERIMENTAL
TAMPOCO ENCONTRAMOS NINGUNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE
AMBAS ADMINISTRACIONES, LO QUE NOS INDICA QUE SI LOS CAM -
BIOS PRESENTADOS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO NO SÓN SUFICIENTE -
TES PARA PRODUCIR HALLAZGOS EN EL RORSCHACH (EN EL TEST -
RETEST), LOS CAMBIOS CLÍNICOS SI SON SUFICIENTEMENTE CON-
SIDERABLES PARA NO ENCONTRAR DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS -
ENTRE LA SEGUNDA ADMINISTRACIÓN DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y -
LA PRIMERA ADMINISTRACIÓN DEL GRUPO CONTROL.

ESTAS CONDICIONES SÓN INTERESANTES PUESTO QUE -
INDICAN QUE LOS CAMBIOS EN EL GRUPO EXPERIMENTAL, SI BIEN

SON SUFICIENTES PARA "NORMALIZARSE" HASTA CIERTO PUNTO, NO REPRESENTAN, SIN EMBARGO, CAMBIOS QUE PERMITAN DIFERENCIAR A UN GRUPO SUFICIENTEMENTE CUANDO SE ESTUDIA EN SÍ MISMO. ASÍ PUES, PODEMOS INFERIR QUE EL CRITERIO DE REMISIÓN DE ESTOS PACIENTES NO SERÍA TAL SI SE AJUSTASE A LOS CAMBIOS QUE SE PUDIERAN ENCONTRAR POR MEDIO DE LA READMINISTRACIÓN DEL RORSCHACH, PERO SI SE AJUSTAN ESTOS CAMBIOS AL CRITERIO DE "NORMALIDAD" COMPARADOS CON UN GRUPO QUE REUNE LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS, DE ESCOLARIDAD, ETC.

LA CONFIABILIDAD DE LA PRUEBA RESPECTO A LOS SIGNOS DE PIOTROWSKI QUEDA DE RELIEVE EN LA COMPARACIÓN A B DONDE TAMPOCO SE ENCUENTRAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS.

EN LA COMPARACIÓN II B EXISTE UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA AL 5% EN EL SIGNO CN (SIGNO 6), QUE PARECE INDICARNOS ALGUNAS SECUÉLAS REGISTRABLES EN EL RORSCHACH DESPUÉS DEL TRATAMIENTO, PERO QUE SOLAMENTE TIENEN IMPORTANCIA AL HACERSE LA COMPARACIÓN CON EL RETEST DEL GRUPO CONTROL.

DONDE MAS DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENCONTRA-

MOS ES EN LA COMPARACIÓN I B (PRIMERA ADMINISTRACIÓN AL GRUPO EXPERIMENTAL Y SEGUNDA AL GRUPO CONTROL. LOS SIGNOS F+% (SIGNO 4) RPT (SIGNO 7), IMP (SIGNO 8) Y PLX (SIGNO 9) MARCAN DIFERENCIAS AL 1%, Y EL M (3), CN (6) Y AP (10) SON TRES SIGNOS QUE MARCAN DIFERENCIAS AL 5%. POR UNA PARTE NOS INDICAN LA CONSISTENCIA DE LOS SIGNOS ENCONTRADOS EN LA COMPARACIÓN I A, QUE RATIFICAN ASÍ SU VALOR PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. SIENDO LA COMPARACIÓN I B MAYORES LAS DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN UN MAYOR NÚMERO DE SIGNOS, PARECE INDICARSE QUE DURANTE EL RETEST DEL GRUPO CONTROL HAN INTERVENIDO VARIABLES DE ALGÚN TIPO QUE DEBEN EXPLORARSE MAS CUIDADOSAMENTE EN OTRO ESTUDIO, A LAS CUALES SEA ATRIBUIBLE EL CAMBIO EN LAS RESPUESTAS CORRESPONDIENTES.

VI

C O N C L U S I O N E S

CONCLUSIONES

UNA VEZ PRESENTADOS LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PRESENTE ESTUDIO EN EL CAPÍTULO CORRESPONDIENTE, PODEMOS OFRECER, COMO CONCLUSIONES, LAS SIGUIENTES:

1.- NO TODOS LOS SIGNOS QUE PIOTROWSKI DESCRIBIÓ COMO INDICATIVOS DE TRASTORNOS ORGÁNICOS LO SÓN, POR LO QUE RESPECTA A SUJETOS CON TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS, MEXICANOS, DE BAJO NIVEL SOCIO-CULTURAL.

2.- DE LOS 10 SIGNOS DE PIOTROWSKI, LOS 4 QUE SE PUEDEN CONSIDERAR CON VALIDEZ DIAGNÓSTICA SÓN: F+%, RPT, IMP Y PLX.

3.- TIENEN VALOR DIAGNÓSTICO SECUNDARIO 3 SIGNOS MÁS: M, CN Y AP.

4.- NINGUNO DE LOS 10 SIGNOS DE PIOTROWSKI TIENEN VALOR SIGNIFICATIVO EN LAS READMINISTRACIONES A ÉSTE TIPO DE PACIENTES AL SER DADOS DE ALTA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

B I B L I O G R A F I A

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BELL, JOHN E.: TÉCNICAS PROYECTIVAS. EDITORIAL PAIDÓS. BUENOS AIRES, 1951.
- 2.- BUCHANAN, A. R.: FUNCTIONAL NEURO-ANATOMY. LEA & FEBIGER. PHILADELPHIA, 1953.
- 3.- ECKHARDT, W.: PIOTROWKI'S SIGNS: ORGANIC OR FUNCTIONAL? J. CLIN. PSYCHOL., 1961, 17 (1): 36 - 38.
- 4.- GRENNELL, R. G.: SOME EFFECTS OF ALCOHOLS ON THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM. ALCOHOLISM, ED. BY HIMWICH, H. E. AMERICAN ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF SCIENCE, WASHINGTON, D. C., 1957.
- 5.- HARROWER - ERICKSON, M. R.: PERSONALITY CHANGES ACCOMPANYING CEREBRAL LESIONS. I. RORSCHACH STUDIES OF PATIENTS WITH CEREBRAL TUMORS. ARCH. NEUROL. PSYCHIAT., 1940, 43: 859 - 890.
- 6.- HARROWER - ERICKSON, M. R.: PERSONALITY CHANGES ACCOMPANYING CEREBRAL LESIONS. II. RORSCHACH STUDIES OF PATIENTS WITH CEREBRAL TUMORS. ARCH. NEUROL. PSYCHIAT., 1940, 43: 1081 - 1107.
- 7.- KESKER, G. W.: THE RORSCHACH ANALYSIS OF PSYCHOTICS

SUBJECTED TO NEUROSURGICAL INTERRUPTION OF THE THALAMOCORTICAL PROJECTIONS. A RORSCHACH READER, ED. BY SHEIMAN, M. H. INTERNATIONAL UNIVERSITY PRESS, INC. NEW YORK, 1963.

- 8.- KLOPPER, B.: TÉCNICA DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH. EDITORIAL PAIDÓS. BUENOS AIRES, 1952.
- 9.- LARSEL, O.: ANATOMY OF THE NERVOUS SYSTEM. APPLETON-CENTURY - CROFTS, INC. NEW YORK, 1951.
- 10.- MEZA GÓMEZ PALACIO, M.: OBSERVACIONES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES CON TRAUMATISMOS CRANEO-ENCEFÁLICOS. TESIS. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. MÉXICO, D. F., 1960.
- 11.- PIOTROWSKI, Z.: ON THE RORSCHACH METHOD AND ITS APPLICATION IN ORGANIC DISTURBANCES OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM. RORSCHACH RES. EXCH., 1936 - 1937, 9: 29 - 41.
- 12.- PIOTOWSKI, Z.: POSITIVE AND NEGATIVE RORSCHACH ORGANIC REACTIONS. RORSCHACH RES. EXCH., 1940, 4: 147 - 151.
- 13.- PIOTROWSKI, Z.: THE MOVEMENT SCORE. RORSCHACH PSYCHOLOGY, ED. BY RICKERS - OVSIANKINA, M. A. JOHN WILEY & SONS, INC. NEW YORK, 1961.

- 14.- PIOTROWSKI, Z.: THE RORSCHACH INK - BLOT METHOD IN ORGANIC DISTURBANCES OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM. J. NERV. MENT. DIS., 1937, 86: 525 - 537.
- 15.- RAPAPORT, DAVID.: TESTS DE DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO. EDITORIAL PAIDÓS. BUENOS AIRES, 1959.
- 16.- RORSCHACH, H.: PSICODIAGNÓSTICO. EDITORIAL PAIDÓS. BUENOS AIRES, 1955.
- 17.- RUESCH, J., HARRIS, R. E., AND BOWMAN, K. M.: PRE- AND POST-TRAUMATIC PERSONALITY IN HEAD INJURIES. RES. PUBL. ASS. NERV MENT. DIS., 1943, 24: 507-539.
- 18.- SHAPIRO, D.: A PERCEPTUAL UNDERSTANDING OF COLOR RESPONSE. RORSCHACH PSYCHOLOGY, ED. BY RICKERS-OVSJANKINA, M. A. JOHN WILEY & SONS, INC. NEW YORK, 1961.