87-0125

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"EL INDICE DE REALIDAD MEDIDO EN LA FRECUENCIA DE RESPUESTAS REALISTAS EN EL TEST DE HERMANN RORSCHACH EN UN GRUPO DE PACIENTES PSICOTICOS AGUDOS INTERNADOS EN LA GRANJA DE RECUPERACION PARA ENFERMOS MENTALES".

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

JOSE ALBERTO MARCELINO VELASCO RODRIGUEZ

GUADALAJARA, JAL. 1985

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

INTRODUCCION. 1

CAPITULO 1.

EL RORSCHACH

A.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD 6

B.- HISTORIA DEL METODO RORSCHACH 7

C.- DESCRIPCION DEL TEST. 11

D.- ADMINISTRACION DEL TEST. 16

E.- CALIFICACION 17

a) Localizacion de las areas

b) Determinantes

c) Areas de contenido.

d) Frecuencia.

F.- CLASIFICACION 23

Significado de los simbolos

a) Localización.

b) Determinantes.

c) Contenido.

d) Popularidad-Originalidad.

e) Nivel Formal.

G.- INDICE DE REALIDAD. 28

H.- ANALISIS DE SECUENCIA 30

I.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN LA UTILI 31

ZACION DEL RORSCHACH.

J.- EL RORSCHACH EN LA ESQUIZOFRENIA 31

a) A traves del mal contacto con la realidad.

b) Generalizacion excesiva.

c) Falta de convencionalidad del -- pensamiento.

d) Idiosincracia del pensamiento

e) Particularidades del lenguaje

f) Indicadores de suicidio.

g) Dificultades en la imgen corporal y los limites del Yo.

h) Dificultades en las relaciones interpersonales.

i) Hallazgos especificos.

j) Validez diagnostica del Rorschach

k) Pronostico.

K.- OTRA SERIE DE MANCHAS DE TINTA 44

CAPITULO 11

ASPECTOS CLINICOS Y FUNDAMENTALES DE LA PSICOSIS.

A.- CLASIFICACION. 46

1. Psicosis Orgánicas.

11. Psicosis Funcionales.

B.- DEFINICION. 49

C.- ETIOLOGIA. 50

D.- PSICOSIS FUNCIONALES. 53

1.- Esquizofrenia

a) Causas

b) Sintomatologia

c) Tipos

2.- Paranoia.

a) Causas

b) Sintomatologia.

c) Tipos

3.- Psicosis Reactivas.

a) Causas

b) Sintomatologia.

c) Tipos.

E.- PSICOSIS ORGANICAS. 67

1.- Psicosis Alcoholicas

a) Causas

b) Sintomatologia

2.- Psicosis con intoxicación por drogas o venenos o/y farmacodependencia.

a) Causas

b) Sintomatologia

c) Tipos

CAPITULO 111.

METODOLOGIA. 79

1.- Población.

2.- Muestra.

3.- Supuestos implicitos.

4.- Sistema de variables.

5.- Sistema de hipotesis

6.- Tecnica de observación.

7.- Tecnica de recoleccion de datos.

8.- Los instrumentos.

CAPITULO IV.

RESULTADOS.

A.- PROCEDIMIENTO ESTADISTICO 83

a) Media

b) Desviación estandar.

c) T de Student.

Medida de tendencia central.

Medida de variabilidad

Regla de decisión

Resultado

Conclusión.

B.- RESULTADOS DEL TOTAL DE RESPUESTAS POR LAMINA. 86

C.- RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS RESPUESTAS REALISTAS POR LAMINA. 90

D.- CLASIFICACION DE LAS RESPUESTAS REALISTAS POR LAMINA. 101

CAPITULO V.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

1.- Conclusiones 113

2.- Sugerencias. 116

GLOSARIO DE TERMINOS BASICOS. 118

BIBLIOGRAFIA. 124

INTRODUCCION.

Uno de los instrumentos mas importantes y valiosos en que el psicólogo clínico apoya su evaluación diagnóstica, especialmente tratándose de pacientes con trastornos mentales, es sin lugar a dudas el test. Este puede ser de dos tipos, estructurado y proyectivo. Al respecto, podemos decir, que éste último tipo de test es el usado con mayor frecuencia, siendo dentro de esta categoría el test de Rorschach el de mayor importancia.

Este test nos arroja datos que están influidos por los factores mas preponderantes de nuestra sociedad y cultura, tomando en cuenta el desarrollo de la personalidad del individuo, sus manifestaciones conductuales, creencias religiosas, tradiciones e inteligencia del individuo y la manera de desenvolverse dentro de su ámbito familiar y social.

Estos datos hacen que se facilite nuestra compresión en la enfermedad mental en general. De esta manera el test de Rorschach nos ayuda a detectar, tanto aspectos normales, como desviados y psicopatológicos de la estructura de la personalidad de cualquier sujeto a través de sus distintas respuestas y diversos indices de clasificación y codificación. Uno de dichos indices, es el llamado Indice de Realidad (IR), mediante el cual podemos apreciar la relación con el espacio, el tiempo y los valores; el mundo exterior y el traspaso de los límites de la realidad. Parece, pues, obvio, pensar que el paciente -

con trastornos psíquicos y alteraciones conductuales, y, que es conocido como psicótico, correspondiendo dicha psicosis a la fase aguda y que se encuentra internado, disminuya notablemente su IR (índice de realidad) como consecuencia de su padecimiento mental.

Para confirmar lo anterior, llevamos a cabo el siguiente estudio con pacientes internos durante el período psicótico agudo, de la Granja de Recuperación para Enfermos Mentales (G.R.E.M.).

Se pretende detectar la baja en el IR en el paciente con diagnóstico de psicosis en fase aguda, para de esta manera reafirmar que dichos índices son mas bajos a lo esperado conforme a lo propuesto por los autores en personas no psicóticas y normales.

Nuestro propósito principal consiste en evaluar en que medida los valores obtenidos del IR contribuyen para emitir un criterio diagnóstico, en el paciente con trastornos mentales psicóticos, sobre su capacidad de contacto, juicio, sentido y control de la realidad, y, como su enfermedad propiamente dicha disminuye tales factores.

Los pacientes seleccionados tendrán diagnóstico de psicosis en fase aguda y correspondiendo a las entidades nosológicas -

de esquizofrenia en todos sus tipos, así como también psico-- sis asociada a síndrome orgánico cerebral agudo secundario a- farmacodependencia ó alcoholismo, excluyéndose a todo aquel - paciente que presente daño cerebral clinicamente demostrable- del tipo de la oligofrenia, demenciación y pacientes con una- cronocidad mayor a diez años, éstos últimos debido a su alto- grado de deterioro y a la incapacidad que presentan para res- ponder y cooperar. De esta manera, serán evaluados todos aque llos pacientes que cumplan los requisitos anteriores y que se encuentren internados durante el lapso de tiempo en que se -- lleva a cabo este estudio, el cual, tiene como fin captar la- ayuda proporcionada por el test de Rorschach haciendo evidente la disminución en los índices anteriormente citados como - consecuencia de verse afectadas las capacidaddes de adapta--- ción a la realidad debido al trastorno mental psicólogico. -- Los instrumentos de los que nos vamos a valer son, el test de Psicodiagnóstico de Hermann Rorschach; y el método estadístico de T de Student para una sola media.

Como antecedentes a nuestro estudio podemos mencionar el estudio realizado por Leticia Pesqueira en la ciudad de Guadalajara de la Universidad Autónoma de Guadalajara en el mes de No-- viembre de 1983 con el fin de determinar las respuestas populares y de detalle grande en el test de Rorschach en una población mexicana y que fué presentado como tesis profesional para obtener el título de licenciada en Psicología. Dicha tesis con

siste en investigar sí las áreas de las manchas en el test de Rorschach identificadas como respuestas de detalle grande y - los contenidos de las respuestas consideradas populares en -- otros países (en concreto Estados Unidos y Alemania), son las mismas para la población mexicana. Lo anterior, basándose en- los criterios de cuantificación establecidos en relación a la frecuencia relativa de aparición. En donde se llegó a la con- clusión que algunas respuestas de detalle grande, así como po pulares, eran propias de la cultura e idiosincracia del mexi- cano, puesto que se encontró que ninguna de las dos corrien-- tes (alemana y americana) en las que se basaron las utiliza-- ban. Esto sirvió para considerar el hecho de que "en México - no nos debemos apegar a la corriente alemana y/o americana, ó a cualquier otra corriente, sino que es necesario contar con- una clasificación propia de acuerdo a la cultura del mexica-- no, la cual nos permitirá realizar evaluaciones mas apegadas- a nuestra realidad cultural". Añadiendo además que "las limi- taciones que se hallan observado en dicho trabajo no hacen si no señalar la urgencia que existe de realizar amplias investi gaciones en México, que con la debida validez científica en y con el test de Rorschach y en general con todas las técnicas- proyectivas, las cuales ya han demostrado su eficacia para co nocer la personalidad de un examinado en un lapso de tiempo - relativamente corto".

Citado en las páginas 56 y 57 textualmente de dicha tesis (4)

Se menciona dicha tesis debido a que las respuestas realistas con las que se trabaja en la presente investigación, son a su vez respuestas populares, exceptuando las de la lámina 10, en donde hay mas amplitud de contenido.

INTRODUCCION AL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

A. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

1.- Validez.

Por validez de un test debe entenderse que el test mide - lo que ésta supuesto a medir. Así, la validez de Rors---- chach puede obtenerse con la aplicación del test y luego- comparar sus resultados con los de la observación clínica. y prolongada.

Entre numerosos trabajos puede citarse el de John D. Ben- jamin y Franklin G. Ebaugh, quienes tomaron un grupo de - 50 pacientes y, tras aplicarles el test de Rorschach a -- ciegas, compararon sus resultados con los de la observa-- ción clínica directa, logrando obtener una coincidencia - de un 85% en "todos los detalles" y un 98% en los "rasgos principales".

2.- Confiabilidad.

Se disponen de pruebas de la confiabilidad de cada uno de los componentes del test de Rorschach, hay varios estu--- dios de confiabilidad por el método de división de mita-- des de series paralelas y reaplicación del test.

Los valores de los que se ha dado información difieren se gún los diversos estudios y según los diferentes tipos de subpuntuaciones. Con todo, las correlaciones son muy uni- formes, positivas y, en muchos casos, considerables.

Sacariamos en conclusión que los principales componentes-

de la puntuación muestran una consistencia intratest comparable con la de las demás medidas de la personalidad. - Consideraremos que el método menos adecuado es el de división por mitades por la misma estructura del test.

Tal vez el testimonio mas convincente de confiabilidad -- sea la correlación de dos formas equivalentes o casi equivalentes. Se diseño un conjunto de manchas distintas, el-Behn-Rorschch (Bero) como paralelo del Rorschach origi--- nal.

Irving Foster ha demostrado que las relaciones recíprocas entre las respuestas, principalmente en los tipos de vi-- vencias, no sufren modificaciones aunque su cantidad sea-conscientemente aumentada o disminuida. Foster ha realizado el test cuatro veces en un mismo sujeto.

Primero; en las condiciones habituales. Segundo; con las-instrucciones de hacer la mejor impresión posible. Tercero; instruido para causar el peor efecto posible y, cuarto; con indicaciones para la observación de determinados-detalles. Obtuvo así una correlación de 0.80 a 0.90, esta investigación es hasta ahora, la mejor prueba de preci--- sión (en sentido de seguridad)del test de Rorschach. (12) No es posible demostrar mejor precisión de los datos del-test de Rorschach.

B. HISTORIA DEL METODO DE RORSCHACH.

La perspectiva del tiempo nos sugiere el hecho de que el-

test de Rorschach es el test individual mas frecuentemente usado, con la posible excepción del WAIS, en ambientes clínicos de todos los Estados Unidos de Norteamerica. La técnica no se conforma con las expectativas usuales de un test y, de forma bastante apropiada, deberíamos referirnos a él como el método de Rorschach o la técnica de Rorschach. Sin embargo, se usa mas frecuentemente la referencia mas corta; de hecho, es probable que la designación más común sea, simplemente, "el Rorschach". (6)

El Rorschach fue inventado por Hermann Rorschach psiquiatra suizo que alrededor de 1910 empezó a experimentar con manchas de tinta ambiguas. Otros antes que él, incluyendo a Leonardo da Vinci y Alfred Binet, habían usado formas indeterminadas para estimular la imaginación creativa. Es posible que Shakespeare estuviese mostrando la misma compresión intuitiva de la importancia de las asociaciones que uno hace ante formas ambiguas cuando éste, en su obra Hamlet, fingiéndose loco, asocia la formación de una nube con imágenes que reflejan aspectos importantes de su personalidad autentica. La Proeza de Rorschach fue la conceptualización de un sistema para provocar y calificar respuestas en términos de sus cualidades formales para revelar rasgos importantes de la personalidad. Consiguió la publicación de 10 manchas de tinta seleccionadas, limitadas a este número por los dictados de su editor, en la monografía hoy famosa, de Psychodiagnostik (1921).

El Rorschach es un juego estandar de 10 manchas de tinta, que sirven de estímulos para las asociaciones. En la serie estandar, administrada por orden, las manchas son reproducidas en láminas de 18 X 24 cm aproximadamente, y se enumeran del I al X. Cinco de las manchas (I,IV,V,VI,VII) están en blanco y negro; el resto incluyen también otros colores. Las instrucciones utilizadas por la mayor parte de los especialistas dicen así:

"Voy a mostrarle estas láminas, una cada vez. En cada una de ellas verá un dibujo hecho por una mancha de tinta. Me gustaría que mirase atentamente a cada lámina y me dijera a que se parece o cualquier cosa que le recuerde.

Puede tomarse el tiempo que quiera. No hay respuestas correctas o incorrectas. Dos personas nunca ven exactamente los mismos dibujos. Unicamente asegúrese de decirme lo que Ud. ve".

Se conseva el informe de las respuestas del paciente, palabra por palabra, además de los tiempos de reacción iniciales y el tiempo total que ha pasado con cada lámina. Cuando ha terminado lo que se llama administración propiamente dicha, el examinador realiza un interrogatorio para determinar aspectos importantes de cada una de las respuestas que pueden ser cruciales para su calificación. Los actuales sistemas de calificación seapoyan en las formulas originales de Rorschach. Sin embargo, muchos especialistas han realizado modificaciones o perfeccionamien-

to en el sistema de calificación, además de aportar importantes contribuciones a la metodología e interpretación de los test. Entre tales especialistas están Bruno Klopfer (1942), Samuel J. Beck (1944), Molly Harrower (1945), Zygmunt Piotrowski (1951), Roy Schafer (1954), E.G. Schachtel (1966), David Rapaport (1968), Marguerite Hertz (1970) y Louise Bates Ames (1971). Aunque la siguiente presentación no pretende identificar contribuciones personales, se debe de tener en cuenta que la técnica rorschachiana refleja los logros de muchos psicólogos y psquiatras destacados, algunos de los cuales han dedicado la mayor parte de su vida al estudio de la técnica. (Ibid)

El test de Rorschach suministra una técnica mediante la cual el individuo se ve inducido a revelar su mundo privado expresando lo que ve en las diversas láminas en las que puede plasmar su sentido, significación y sentimientos precisamente porque ellos no constituyen objetos socialmente estandarizados o situaciones frente a las que debe dar respuesta culturalmente aceptadas. El método del test de Rorschach es, esencialmente un procedimiento para revelar la personalidad de un individuo como individuo, en contraste con los sistemas que procuran clasificarlo o determinar su valor según su conformidad y ajuste a las normas sociales de acción y lenguaje.

El método de Rorschach es tan revelador, precisamente, en virtud de que el sujeto no tiene conciencia de los que es

tá expresando y no dispone de normas culturales tras las-cuales ocultarse. (Ibid)

C. DESCRIPCION DEL TEST.

El material actual no se ha modificado desde Hermann Rorschach en cuanto a las láminas que sirven como estímulo se refiere.

En cinco láminas, como ya se señaló anteriormente, utiliza, además de tinta negra, tinta coloreada. (12)

La lámina 1 es una mancha bastante grande, totalmente --- gris y negra con cuatro espacios muy visibles. Si se le - mira de cerca se ven manchas negras muy pequeñas. La primera reacción de ciertas personas ante esta lámina es --- usar toda la mancha global y se ve frecuentemente en ella un ser alado, es posible también, que se interpreten partes de la mancha. Los espacios en blanco por si mismos se utilizan raramente, pero es posible que se utilizen como-parte de un concepto total. Esta lámina va a provocar respuestas de seres humanos, especialmente una figura femenina en el área central.

Lámina 2: es la primera mancha que tiene color (rojo), difiere de la anterior por ser menos compacta. Consta de -- dos grandes áreas gris-negras y conectadas a éstas, arriba y abajo hay tres manchas rojas. Esto es importante --- pues algunos sujetos tendran perturbación por el hecho de que están conectadas. Estas manchas facilitan las respues

tas de detalles en que se utilizan las áreas negras o rojas en forma separada, solamente los sujetos que poseen - interés y capacidad para organizar, o los que se sienten- perturbados por la mezcla de rojo y negro van a dar res-- puestas globales.

En esta lámina se dan mas frecuentemente respuesta en espacio en blanco por sí solas.

Lámina 3: consta de dos áreas precisas de color negro---- gris unidas por una porción gris mas clara. Entre estas - dos áreas está una mancha roja de forma definida y por encima hay otras dos manchas rojas. En contraste con las láminas 1 y 2, las formas de esta área de la mancha se ha-- llan claramente separadas y son altamente sugestivas.

La mayoria de las personas reaccionan primero ante esta - lámina utilizando la porción negra en su totalidad para - ver figuras humanas en acción.

La porción central es vista frecuentemente como un moño - de corbata o mariposa. Es pco común que un sujeto intente integrar tanto las áreas rojas como las negras en un concepto.

Lámina 4: el material de la mancha en esta lámina aparece como masivo y sin embargo, vago en su forma. Esta lámina- es toda negra y gris y sumamente sombreada. Debido a su - estructura masiva y al sombreado denso resulta siniestra- para algunas personas. Así, se ven monstruos, gigantes, - gorilas o personas de aspecto raro.

Los sujetos tienden a seleccionar detalles para sus res-- puestas y pueden percibir las grandes áreas laterales superiores como víboras o como una "figura femenina zambu-- lléndose". Otras dos áreas que son fácilmente delineadas- son a la porción central inferior y la pequeña área cen-- tral superior.

El sombreado de la lámina, si no resulta perturbador para el sujeto, puede sugerir "algo peludo"; como una alfombra de piel.

Lámina 5: debido a su contorno definido y a su color casi enteramente negro, resulta una lámina fácil para la mayoría de los sujetos. Por esto crece una oportunidad para - recuperarse a los sujetos que han sido perturbados por -- las láminas precedentes.

La respuesta más al material total de la mancha es un ser alado como un murcielago o una mariposa, a menudo visto - en acción.

Las extensiones laterales son vistas a veces en forma separada como cabezas de animales o piernas humanas. Para - algunos sujetos la negrura de la lámina resulta perturbadora.

Lámina 6: las cualidades de sombreado de la lámina son -- claras y, mas que en cualquier otra lámina, evocan res--- puestas que incluyen el uso del sombreado. Esto puede ser perturbador para algunos sujetos. La respuesta mas fre--- cuente de este tipo es una alfombra de piel. La lámina es

frecuentemente vista como una totalidad. Sin embargo, a - menudo las porciones superior e inferior son percibidas - como unidades separadas.

Lámina 7: en contraste con las láminas 4, 5 y 6, lámina 7 puede ser descrita como clara y etérea. Toda la mancha -- tiene color gris claro con sólo una área muy pequeña más- oscura en la parte central inferior. El contorno de las - dos porciones laterales superiores de la lámina sugieren- mujeres o niños más a menudo hombres.

Esta lámina facilita una respuesta a toda el área de la - mancha con frecuencia implicando la percepción de figuras humanas en acción, especialmente si está colocada al re-- vés. El color gris claro y los elementos de sombreado de- ésta lámina sugieren "nubes, humo o mapas".

Lámina 8: esta lámina es la primera de una serie de tres- laminas enteramente coloreadas; sin embargo, los colores- tienen tonos pastel en vez del rojo brillante de las lámi- nas 2 y 3. Es mas bien pequeña y compacta; con todo, tie- ne varias áreas definidas y precisas: la parte gris azula- da o verde-grisácea superior, el centro azul, la parte in- ferior rosada y anaranjada y las dos porciones laterales- rosadas.

Las áreas rosadas laterales son de forma tandefinida que- casi todo el mundo ve en ellas figuras animales en movi-- miento. Las demás áreas son utilizadas de muchas manera- diferentes, cuando no son enteramente desatendidas.

Puesto que las figuras animales se imponen tanto, resulta mas bien difícil utilizar todo el material de la mancha - para un concepto, a menos que sea de la naturaleza de un- emblema heráldico, con los animales como parte integrante del diseño.

Los aspectos de color de la mancha, si no son ignorados,- son frecuentemente usados en un concepto como una mariposa coloreada o como una "bomba atomica".

Lámina 9: en contraste con la lámina 8, la lámina 9 es -- grande, vaga en sus contornos, sin proporciones pequeñas- claramente distinguibles, y con los colores que se mez--- clan unos con otros. La estructura de la mancha, los colores sombreados y el sombreado hacen difícil para algunos- sujetos responder a la lámina como un todo o elegir par-- tes de ella para una respuesta como resultado, esta lámina es la mas frecuentemente rechazada. Las respuestas a - esta lámina son extremadamente variadas y por lo tanto, - desde un punto de vista interpretativo, muy valederas. -- Las respuestas mas usuales, pero de ningún modo frecuentemente son: "brujas" en la porción superior naranja; "una- cabeza humana" en el área rosada extrema inferior; y, desde la aparición de la bomba atómica, "una explosión atómica".

Lámina 10: generalmente, a primera vista, la lámina 10 se parece a la paleta de un artista llena de colores. Esta - lámina tiene mas colores que cualquier otra y se hallan -

distribuidos sobre muchas áreas mas separadas que en ---- otras láminas. Es por ésto, difícil para muchos sujetos - ver la mancha como una unidad, salvo en una respuesta como la "paleta de un pintor ó una escena submarina". Sin - embargo, por estar las áreas de las manchas tan separa--- das, los sujetos tienden a emplear en esta lámina las partes separadas aún cuando no lo hagan en ninguna otra parte. Tres respuestas se dan muy a menudo a partes de la lámina; "una víbora o un gusano verde" al área verde alargada en el centro inferior (una respuesta que combina la -- forma y el color del área); "cangrejos" al azul exterior, y "una cabeza de conejo" al detalle pequeño entre las "víboras".

Esta lámina facilita un número considerable de respuestas de animales, muchas en acción. Raramente se visualizan seres humanos, excepto en las áreas rosadas grandes laterales, donde pueden ser percibidos como chupando algo. (12)

D. ADMINISTRACION DEL TEST.

La técnica de administración del test se divide en tres - fases. En la primera fase debe incidir el menor número posible de interferencias con las reacciones espontáneas -- del sujeto entre las láminas; se deberá anotar ante las - presentaciones de cada una de las láminas todo lo que diga el sujeto incluyendo exclamaciones, gestos, comenta--- rios y las respuestas; a esta fase se le denomina adminis

tración propiamente dicha. En la segunda, se hacen todas las preguntas necesarias para averiguar como llega el sujeto a sus respuestas; es la parte denominada encuesta. - En muchos casos, hasta las preguntas mas adecuadas pueden resultar insuficientes para revelar claramente en que grado el sujeto es potencialmente capaz de reaccionar a las diversas caracteristicas del material del estímulo. Todo lo anterior conduce a la tercera y última fase, denominada examen de límites, en la que se prueban los límites de la responsividad del sujeto (o sea, su capacidad de responder) en todos aquellos puntos en que el administrador aun conserva dudas. (6)

E. CALIFICACION.

La calificación de las respuestas convierte los aspectos importantes de cada respuesta en un sistema de símbolos - relacionado con las siguientes variables.

1.- Localización de las áreas.

La localización se califica en términos de que porción de la mancha se ha utilizado como base de la respuesta. Las diferenciaciones mas toscas incluyen si ha sido toda la - mancha (W), un detalle bastante general de la mancha (D), un detalle pequeño de la mancha (d) o los espacios en --- blanco (S).

La importancia relativa de la situación de las áreas refleja una forma intelectual de aproximación. En porcenta-

je alto de W, junto con una percepción precisa de la forma, puede reflejar una buena capacidad organizativa y una inteligencia elevada. El porcentaje de D representa interés por los aspectos prácticos de la vida, y un cierto -- porcentaje de respuestas D ofrece alguna seguridad de que el paciente tiene interés por los asuntos prácticos; el - porcentaje de d refleja la capacidad para atender a los - mínimos detalles y algunas veces es muy importante en el- paciente obsesivo o paranoico. La utilización importante- del espacio en blanco puede reflejar tendencias obstina-- das, objetadoras y de resistencia que, cuando son excesi- vamente abundantes, implican rasgos paranoides. (Ibid)

2.- Determinantes.

Los determinantes de cada respuesta reflejan que hubo en- la mancha para que el paciente la viese como tal. Los de- terminantes incluyen forma (F), sombras (K, K ó c), color (C), movimiento, tanto humano como animal (M ó FM), movi- miento inanimado (m) y varias combinaciones de estos de-- terminantes de importancia variable. Así pues, una res--- puesta FC está determinada, en primer lugar, por la forma o figura y, en segundo lugar, por el color; una respuesta CF está determinada, en primer lugar, por el color y en - segundo lugar, por la forma.

Las respuestas de movimiento humano (M) reflejan facili-- dad para la fantasía. Si están dentro de un contexto de - buena evaluación de la realidad, pueden indicar un nivel-

elevado de integración y una capacidad para usar procesos imaginativos para enriquecer la percepción del mundo. Tambien pueden reflejar una fantasía irreal y autística, indicada principalmente por las escasa precisión de la forma. Las respuestas de movimiento animal (FM) reflejan disponibilidad de la captación de impulsos para la gratificación inmediata; espontaneidad; en exceso también están relacionadas con la inmadurez; están relacionadas con estractos mas primitivos e instintivos que las respuestas de M. Las respuestas de movimiento inanimado (m) reflejan también tensión y conflicto, proveniente de la percepción de fuerzas fuera del control de la persona. Las respuestas de forma reflejan respuestas despojadas de la atmósfera emocional y afectiva implicada en el color y las sombras. El dar excesiva importancia sólo a la forma sugiere eigidez y empobrecimiento, además de constricción. La forma insuficiente puede significar control inadecuado. La exactitud de la forma (+%F) refleja el porcentaje de las respuestas de la forma, en las cuales es percibida exactamente. Como medida de la capacidad para examinar la realidad, es un aspecto importante de la fuerza del Yo. Puede ser alta en depresivos y en los muy inteligentes, baja en las excitaciones maniacas, en las esquizofrenias y en los débiles mentales. El sombreado para dar un efecto difuso, sin estructurar pero tridimensional (KF y K) refleja la ansiedad de la naturaleza difusa y flotante, indicando --

una frustración de las necesidades afectivas. El sombrear para dar un efecto estructurado pero tridimencional (FK)- refleja los intentos para manejar la ansiedad afectiva -- por medio de esfuerzos introspectivos, objetivando el problema al ganar perspectiva sobre el. Usándolo de forma excesiva puede reflejar sentimientos de gran inferioridad.- El sombrear para dar la imagen de espacio tridimensional, proyectado sobre un plano bidimensional (K, KF, FK) refleja ansiedad afectiva, detrás de un fachada de control aparente, encubriendola con un manto intelectual. Las res--- puestas de textura (c, cF, Fc) tienen relación con el grado de conciencia y de diferenciación de las necesidades - de afecto y dependencia de cada una. Las respuestas de color acromático (C', C'F, FC') se relacionan con el impre-- sionable artisticamente; cuando son excesivas, reflejan - disforia y depresión. Las respuestas de color (C, CF, FC) tienen relación con los reacciones emocionales manifies-- tas del sujeto ante el impacto del ambiente social, el -- contacto afectivo y el control del afecto. (Ibid)

El balance de la experiencia (cantidad relativa de M para un total de C) refleja hasta que punto la persona es in-- trovertida o extrovertida.

3.- Areas de Contenido.

Las respuestas tambien se califican en términos del contenido reflejado en las respuestas: humano, animal, anato-- mia, sexo, alimento, naturaleza y así sucesivamente. En -

general, las áreas del contenido reflejan la amplitud y - el alcance de los intereses.

Las respuestas humanas implican interés por los otros y - tener conciencia de ellos pero no necesariamente un com-- promiso con ellos. En exceso las respuestas de animales - reflejan estereotipia o inmadurez de pensamiento, falta - de extensión cultural. La anatomía refleja el miedo al daño físico, preocupación por el funcionamiento corporal y- el defenderse de la expresión de los impulsos hostiles, - destructivos. Las respuestas de alimento implican una ne- cesidad pasiva, regresiva de ser alimentado. A menudo las categorías de contenido calificadas tradicionalmente oscu recen una semejanza en temas subyacentes. Por ejemplo, -- esas respuestas de Rorschach como "helado", "madre pájaro alimentando un polluelo", "una persona arrodillada" y "Papá Noel" se califican de forma diferente, y sin embargo,- todas reflejan temas pertenecientes a una orientación --- oral-receptiva. De forma semejante, buitres, diente, Drácula, todas reflejan una orientación oral-agresiva. El -- significado de todo contenido no es evidente de forma --- inmediata y algunas contenidos tienen significados alta-- mente idiosincráticos para cualquier paciente. (Ibid)

4.- Frecuencia.

Un número de respuestas populares (P) están en relación,- al igual que las respuestas realistas (SP) y las respues- tas originales (O), con la capacidad para pensar sobre --

las lineas usuales y convencionales.

De acuerdo a todo lo anteriormente señalado, cuando el -- protocolo, y la prueba en si han terminado, a cada res--- puesta se le da la fórmula correspondiente, ya que la valoración final se fundamenta en las variables que acaba-- mos de describir. Conforme a ésto, se van a considerar, - entonces, 5 principales categorías de calificación, agregando una mas a las 4 antes mencionadas, en donde, cada - respuesta del Rorschach es calíficada en función de di--- chas categorias como ya se explico, que en sintesis, sondadas a continuación con las preguntas concernientes a cada caso, que se formula el experimentador, para ubicar a- cada una de las respuestas. (Ibid)

1) Localización: en dónde se trata de responder aquí a -- las siguientes preguntas. ¿Cúal es el modo de captación - de la mancha?, ¿ha sido percibida global o parcialmente?. Para esto se le pregunta al examinado, ¿dónde vió el concepto que nos da?.

2) Determinante: ¿cómo fue visto el concepto?, ¿que cualidades de la mancha lo determinaron?, por ejemplo, la forma, el color, el movimiento. Aquí se le pregunta al examinado ¿que de la mancha fue lo que le hizo pensar en el -- concepto que nos dió?. Y, ¿cómo fue que lo vió?.

3) Contenido: ¿de qué asunto trata el concepto visto?, si es humano, animal ó geográfico. Lo cual se va a obtener a traves de las respuestas del examinado.

4) Popularidad-originalidad: ¿con que frecuencia es visto el concepto por otros sujetos?. Es a lo que trata de responder el examinador.

5) Nivel Formal: ¿Cúal es la exactitud con que es visto - el concepto?, ¿con que grado de exactitud se ajusta el -- concepto al área de la mancha utilizada?, asimismo, ¿cual es el grado de elaboración del concepto?.

Estas son, pues, las preguntas a las que el examinador -- tratara de responder en base al material dado por el sujeto al cual se le aplique la prueba.

Para esto se auxiliará de ciertas preguntas durante el -- periodo de la encuesta con el fin de lograr ubicar, ade-- cuadamente, las respuestas en la categoria apropiada y -- con su símbolo correspondiente. (4)

F. CLASIFICACION.

Significado de los símbolos.

A continuación se dan brevemente los diversos símbolos de clasifiación según las corrientes alemana y norteamericana, representada por sus máximos exponentes, Bohm y Klopfer respectivamente. (2,9,12)

1) Localización.

Clave alemana	Clave norteamericana	Significado
G	W	Respuesta glo-- bal.

DG	DW	Respuesta Global secundaria
DZwG	WS	Respuesta Global con espacio blanco
D	D	Respuesta de detalle (la clave americana la divide en detalle usual grande -- "D" y detalle - usual pequeño - "d").
Dd	Dd	Respuesta de detalle pequeño - (la clave americana lo divide- en: dd: detalle muy pequeño. de: detalle deborde di: detalle interior dr: detalle raro)

Do	DO	Respuesta de detalle oligofrénico (se interpretan figuras parciales donde comunmente el sujeto ve una figura total)
DZw	S	Respuesta de espacio en blanco
DdZw	Sd	Respuesta de pequeño espacio blanco.

2) Determinantes

Clave alemana	Clave norteamericana	Significado
F	F	Respuesta de forma
B	M	Respuesta de Movimiento
	FM	Respuesta de Movimiento animal
BK1		Respuesta de movimiento pequeño en humanos.
	Fm, mF,m	Respuesta de mo

		vimiento inanimado.
FFb	FC	Respuesta de -- forma color.
FbF	CF	Respuesta de color forma
Fb	C	Respuesta primaria de color.
FHd	FC'	Respuesta de -- forma claroscuro, color acromatico.
HdF	CF	Respuesta de -- claroscuro forma.
Hd	C'	Respuesta pura-de claroscuro.
	Fc	Respuesta de -- forma textura.
	cF	Respuesta de -- textura forma.
	c	Respuesta de -- textura pura.
FHd	FK	Respuesta de -- forma difuminación.

HdF	KF	Respuesta de difuminación forma.
Hd	K	Respuesta de difuminación pura.
	Fk	Respuesta de forma claroscuro.
	KF	Respuesta de claroscuro atenuado forma.
	K	Respuesta de claroscuro atenuado puro.

3) Contenido

Clave alemana	Clave norteamericana	Significado
M	H	Figura humana completa.
Md	Hd	Parte de figura humana.
T	A	Figura animal completa.
Td	Ad	Parte de figura animal.

Sex	Sex	Respuesta se--- xual.
Pfl	Pl	Planta
Ldsch	Ls	Paisajes
Blut	Blood	Sangre
Obj	Obj	Objeto

4) Popularidad-Originalidad

Clave alemana	Clave norteamericana	Significado
V	P	Respuesta popu- lar.
O	O	Respuesta origi nal.

5) Nivel Formal.

+ Forma bien vista y precisa.

- Forma mal vista.

± Forma imprecisa.

G. INDICE DE REALIDAD.

El índice de realidad fue establecido con fines de investigación, y que, además en la práctica puede ser también útil. Dicho índice fue establecido por Stefan Neiger. Neiger llama respuestas realistas a las cuatro respuestas siguientes: 1. Toda respuesta M (movimiento humano) en toda la lámina 3 en posición central (hombres, monos, diablos,

gnomos, pero no esqueletos), "figuras", y respuestas de F (forma). 2. El murcielago como W (global) en la lámina 5- bajo cualquier forma, aunque no sea popular (p. ej., en - posición central). 3. Toda figura de animal en los laterales de la lámina 8, sea popular o no. 4. Toda figura de - animal en la lámina 10, como Detalle (D), sea popular o - no. Si la respuesta realista es dada en la lámina correspondiente, en primer lugar Neiger habla de buena observación (sólo en la lámina 5) por excepción puede precederle la respuesta "mariposa". Existe observación lenta cuando- se da la respuesta realista, pero no como primera respuesta, y falta de observación cuando no aparece. Teniendo esto en cuenta el IR se calcula dando a cada respuesta realista que indique buena observación 2 puntos, y 1 a las - de observación lenta; a la falta de observación no se leda ninguno.

La cifra máxima de IR son, pues, 8 puntos; la óptima son- 6 puntos.

Del índice de Neiger puede agregarse lo siguiente: un IR- de 0-4 puntos aparece en niños, neuroticos y enfermos mentales con un control de la realidad alterado (histéricos, epilépticos genuinos y traumáticos, esquizofrénicos, orgánicos). Significa siempre una relación anormal con el espacio, el tiempo y los valores; un apartamiento del mundo exterior. Un IR de 0-1 no aparece practicamente nunca en- adultos psíquicamente sanos, un IR de 2 muy raramente (en

un 3%), un Ir de 3 pocas veces (6%). Un IR de 5-7 puntos-- aparece en sujetos normales con buenas relaciones con el— espacio, el tiempo y los valores, en niños precozmente maduros de menos de 14 años y en enfermos mentalescon con-— trol de la realidad bien conservado (sobre todo maniaco-— depresivos). Un IR de 8 (en niños entre 6 y 7) significa— un control de la realidad hipertrofiado. Se encuentra fi-- siologicamente en jóvenes menores de 18 años y en sujetos: formalistas del tipo maestro de escuela, en los hiperconvencionales y en la "huida hacia la trivialidad", y patológicamente en la obsesión y en la depresión (frecuente-- mente en la melancolía, pero también en otras alteracio-- nes psíquicas). Un IR de 8 habla con gran probabilidad en contra de la histeria, la epilepsia, alteraciones psíquicas orgánicas y esquizofrenia manifiesta. (2)

H. ANALISIS DE SECUENCIA.

Aunque la interpretación tradicional de Rorschach ha depositado gran confianza en los aspectos formales de las respuestas, reflejados en el resumen de las calificaciones - del test, el enfoque mas psicodinámico confía en un análisis de los aspectos cualitativos de las asociaciones que- no se pueden resumir fácilmente con números.

Con el conocimiento de la naturaleza de cada estímulo y - la experiencia con las clases de respuestas que se provocan normalmente con las áreas de las manchas, el clinico-

experto traza inferencias a partir de la secuencia de respuestas, tomando nota de las defensas y fallos defensivos que se ponen en marcha. (6)

I. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN LA UTILIZACION DEL RORSCHACH.

El Rorschach es particularmente útil como instrumento de-diagnostico. Aunque se podría decir que no se presta fa--cilmente a propósitos investigadores, a pensar de los extensos estudios que se han realizado. Es difícil conver--tir el significado de un perfil total de figuras o signos numericos, o hacer informes comparables, puesto que el numero de respuestas no está controlado en la administra---ción del test. Desgraciadamente, la frecuencia de muchas-categorias de respuestas no crecen en proporción al número total de respuestas. Por ello, al Rorschach le faltan-muchas cualidades psicométricas que lo convertirian en un buen instrumento de investigación. A pesar de los resultados, a veces insatisfactorios, de investigación, el Rorschach sigue teniendo un lugar importante en la batería de tests. (Ibid)

J. EL RORSCHACH EN LA ESQUIZOFRENIA.

En el caso de la esquizofrenia que es difícil de detectar por el clínico poco experimentado por medio de entrevis--tas estructuradas solamente, se puede expresar en el Rorschach de varias maneras. (Ibid)

1.- A través del mal contacto con la realidad.

El mejor indicador simple del Rorschach de la capacidad - para examinar la realidad es la precisión en la percep--- ción de la forma (+%F), que refleja hasta que grado la -- persona percibe con capacidad crítica adecuada. En el es- quizofrénico, las respuestas de la forma pobre no están - causadas por una dificultad visual, sino que se atribuye- a procesos asociativos que ya no están sujetos a control- lógico o crítico. Las respuestas extremadamente pobres, - en términos de exactitud de forma, pueden alternar con -- respuestas percibidas exactamente. (Ibid)

2.- Generalización excesiva.

A veces, los trastornos de pensamiento se reflejan en la- tendencia del paciente a la generalización excesiva o a - hacer interpretaciones o a llegar a conclusiones basadas- en inferencias inadecuadas o inexactas. La dificultad pue de reflejarse en ocasiones en las que se usan un mínimo - detalle de la mancha para hacer una generalización inexac ta con respecto a la mancha completa P. ej., la lam 6: -- "Parece un gato porque ahí están los bigotes" (en la man- cha completa el pequeño detalle). En otras ocasiones, la- relación espacial entre áreas discretas dela mancha se to ma para indicar una relación verdadera, aunque es bastan- te raro en términos de modelos de la realidad. P. ej., la lam 10, detalle del centro de parte inferior: "esto es la

cabeza de un conejo y estas deben ser serpientes que sa-- len de los ojos del conejo". Estas contaminaciones se encuentran, de forma mas frecuente, en adultos esquizofrénicos, tal como implica la fusión de dos respuestas separadas para la misma área en una sola percepción. P. ej., -- lam 1: "una mujer mariposa con alas". En las respuestas - de posición, la asociación se deriva solamentedel hecho - de que el área de la mancha está localizada donde ésta. - Por ejemplo, la lam 3, detalle central: "esto deben ser - los riñones porque están enmedio". En todos estos casos,- se ignoran las reglas ordinarias de la lógica; las generalizaciones y las conclusiones son el producto de un proceso de pensamiento ilogico. (Ibid)

3.- Falta de convencionalidad del pensamiento.

Pueden quedar reflejadas la alienación y el extrañamiento del pensamiento convencional, con incapacidad para pensar normalmente y según las lineas convencionales, en una pobreza de la respuesta popular, las que dan, por lo común, los grupos normales. En un informe de promedio de dura--- ción, al menos se necesitan cinco o seis respuestas para- indicar que el paciente está suficientemente en contacto- con la forma en que la demás gente percibe y piensa. Al - dar muchas respuestas extrañas e incluso creativas, es posible que el esquizofrenico no consiga ver lo que otros - sienten como claro y obvio. (Ibid)

4.- Idiosincrasia del pensamiento.

A menudo, los procesos del pensamiento esquizofrenico son muy idiosincráticos y están altamente personalizados, por ejemplo, tanto los pacientes esquizofrenicos como los pacientes con trastornos organicos pueden preservar en la - misma respuesta de una ficha (lámina) a otra pero la perseveración del esquizofrénico suele estar relacionada con un material extraño, mas personalizado, a menudo tratando con el tema del sexo, con la anatomía extraña o con otras preocupaciones personales. En algunos casos, el significado atribuido a las láminas está tan personalizado y reservado que sugiere que el esquizofrénico siente que las manchas están hechas tal como son, para él personalmente. -- (Ibid)

5.- Particularidades del lenguaje.

En las particularidades del lenguaje puede haber obvias. - asociaciones sonoras, neologismos y ensalada de palabras- pueden ser extremadamente sutiles.

En el Rorschach pueden reflejarse en la tendencia a recurrir a respuestas simbólicas que tienen poca relación con la mancha en si misma. Por ejemplo "esto parece la historia de la lucha entre el bien y el mal" (lam 8). Las respuestas contaminadas pueden provocar verbalizaciones ex-- travagantes. Por ejemplo, lam 4: "la espalda de un oso--- arbol". Lam 5 "un conejo-murciélago, no... quiero decir -

un murcielago-conejo". (ibid)

6.- Indicadores de suicidio.

El suicidio demuestra fácilmente las dificultades metodológicas para predecir un acto que, en si mismo, es a veces difícil de definir, que es posible que sólo tenga lugar una vez en la vida, que es lo suficiente infrecuente como para tener bajos porcentajes de base en la población general y que sólo se puede estudiar retrospectivamente o como predicción futura sin conocimiento de otras variables que no sea la de que la organización de la personalidad puede contribuir a la resolución suicida. Sin embargo, se ha observado clínicamente que los deprimidos y los pacientes suicidas en potencia tienden a utilizar el sombreado y el negro como determinantes frecuentes en sus respuestas. La morbilidad del pensamiento se refleja frecuentemente de forma directa en las categorías de contenido con respuestas que sugieren decaimiento, deterioro y muerte. Se cree que las fantasías de renacimiento realzan la verosimilitud de suicidio. Al parecer, tanto un solo símbolo de Rorschach como configuraciones mas complejas han servido para diferenciar losprotocolos suicidas de los no suicidas. Es la respuesta de color-sombreado la que implica la presencia de sombreado como un determinante en un área coloreada de la mancha, por ejemplo, "un trozo de terciopelo rojo, brillante como el terciopelo".

Appelbaum y Holzman sugirieron esto como un indicador --- diagnostico con potencial suicida; su significado a este- respecto se cree que el "avivamiento de la sensibilidad - ante el afecto", que se considera algo caracteristico del suicidio.

Una persona que está en proceso de suicidio en la actualidad, a menudo revela sus preocupaciones mas directamente- en el T.A.T. (Ibid)

7.- Dificultades en la Imagen Corporal y en los límites - del Yo.

La forma en cómo ve la persona las manchas de tinta, pueden reflejar como ve él o cómo evalúa su propio cuerpo, - tanto en forma minuciosa como en forma de juicio. Por --- eso, las respuestas al Rorschach que señalan cosas o cuerpos rotos, dañados, a los que les falta alguna parte, deformados, etc., a menudo pueden considerarse como una proyección de actitudes respecto al cuerpo y a sus partes.

Los trastornos de los límites del Yo se pueden reflejar - mediante lo adecuado de cómo el paciente percibe.el movimiento en las manchas, en especial el movimiento humano - (M). Una ausencia de respuestas de movimiento humano puede indicar poca capacidad para la empatía; pero cuando -- esas respuestas se dan de forma excesiva puede ser indi-- cio de retraimiento en la fantasía y, en contexto de un - nivel pobre de forma, puede sugerir alguna presencia de -

rasgos autísticos.

Los trastornos de los límites del Yo se pueden también indicar en la forma en que el paciente da sus respuestas y en su actitud hacia ellas. En algunos casos se puede reaccionar ante las manchas como si estas fueran reales ("un vampiro, y viene directo hacia mi"), reflejando una pérdida de distancia, para lo cual es imprescindible una incapacidad para distinguir entre la realidad y la fantasía. En otros casos, las manchas se perciben como si cambiasen delante de los ojos del observador ("es una larva... ahora convirtiendose en polilla"). Es como si el observador fuese un participante pasivo en un acontecimiento sobre el cual no tiene control. Esos cambios en la respuesta sugieren estados alternantes de conciencia. En otros casos, los sentimientos de desintegración interna se proyectan sobre el mundo (es decir, las manchas de tinta) de tal modo que las cosas se ven como si ocurrieran aparte, como si explotasen, pudriendose o descomponiendose. Pueden estar implicadas fantasias de destrucción del mundo, particularmente si hay poca adecuación en la percepción de la forma. Se sugiere que hay esfuerzos de restitución en forma de fantasias de reconstrucción del mundo, cuando aparecen temas de religión, poder y fuerza. La presencia de numerosas respuestas de anatomía, especialmente de la variedad de órganos blandos y a menudo con mala calidad en la forma (-F), son reflejo de preocupacio--

nes relacionadas con la integridad corporal, con el miedo al daño fisico y preocupación por el funcionamiento del - cuerpo. Lo que está directamente relacionado con el con-- cepto de imagen corporal es la prueba presentada por Fisher y Cleveland, al sugerir el contenido del Rorschach en terminos del grado que se designa la estructura definida- con respecto a la periferia de la imagen de la mancha de- tinta que puede presentar la forma en que la persona per- cibe sus fronteras corporales, las percepciones en las -- cuales es explicita frontera ("tortuga con caparazón"; -- "hombre con armadura") se denominan respuestas barrera; - las percepciones que subrayan la debilidad y la permeabi- lidad ("un cuerpo roto", "un tapete roto") se denominan - respuestas de penetración. Originalmente se consideró que la dimensión de la barrera es lo opuesto a la dimensión - de la penetración. Sin embargo, los hallazgos han apoyado mas el índice de la barrera que ha sido correlacionado -- con trastornos psicosomáticos y que tienen una localiza-- ción corporal externa.

Los sujetos con una barrera alta tienen mayor reactividad en los índices corporales externos, y los sujetos con una barrera baja tienen mayor reactividad en los índices cor- porales interiores.

Lo que es quiza mas importante es que las calificaciones- de barrera alta parecen correlacionarse con varias carac- teristicas de la personalidad, las cuales tienen en común

lo que se ha llamado el comportamiento autodirigido, e incluyen mejor capacidad para responder a una situación detensión incluyendo la cirugía. (Ibid)

8.- Dificultades en las relaciones interpersonales.

Uno de los mejores indicadores simples del interés y la relación básicos de la persona por la demás gente está contenido en la respuesta humana, especialmente cuando está combinada con el movimiento, el cual es apropiado a la forma del area de la mancha y está dentro del contexto de una actividad apropiada a la realidad, tal como lo experimentan los demás. Las láminas que de forma típica provocan respuestas humanas y de movimiento son la 2, la 3 y la 7.

"Retraimiento en las relaciones personales", "incapacidad para identificarse con otros", "identificación confusa" y "critica abierta con respecto a los demás" son ejemplos de inferencias hechas sobre la base de las percepciones humanas, vistas o rechazadas por el paciente. Las respuestas de seres humanos de otras culturas o mundos ("damas del siglo XVIII", "danas chinas", "hombres de Marte") sugieren distanciamiento con respecto a los demás. En contraste con los relatos con pocas o ninguna respuesta humana, una excesiva abundancia de estas respuestas puede reflejar una ansiedad extrema y una preocupación excesiva por las demás personas. En el esquizofrénico, a menudo --

las respuestas humanas y de movimiento ocurren dentro de un contexto de mal nivel de forma y se atribuyen de manera inapropiada a mínimos detalles de la marcha o a partes anormales del cuerpo humano. Las caracteristicas o la actividad atribuidas a los humanos percibidos a menudo son de naturaleza sexual. Las numerosas respuestas sexuales dadas a menudo de un modo fácil y con poca imaginación pueden sugerir una sexualidad caótica. Aunque las cualidades formales de ciertas áreas de las manchas provocan respuestas sexuales incluso en sujetos normales, los esquizofrenicos suelen ver respuestas sexuales en áreas atípicas o a delinearlas con elaboraciones autísticas.

Los problemas de identificación sexual a menudo se reflejan en la ambivalencia ante el sexo de figuras vistas en areas ambiguas de las manchas. Normalmente se espera que esas figuras ambiguas se interpreten como que tienen el mismo sexo que el paciente, y cuando ocurre lo contrario se sugiere la posibilidad de una identificación sexual con el papel opuesto. Utilizando normas variables en años recientes relacionadas con la interpretación del sexo de las figuras ambiguas de la lámina 3, Brown concluye que ha habido un cambio progresivo en confundir y hacer menos claros los papeles sexuales en nuestra cultura. Sin embargo, esos signos de Rorschach no están relacionados necesariamente con la homosexualidad de forma especifica, la cual puede ser difícil de inferir a partir de algún signo

en el enfoque de R. Carr y cols., (1960). (Ibid)

9.- Hallazgos específicos.

En el test de Rorschach, los hallazgos mas especificos casi patognomónicos son las respuestas de confabulación y - contaminación. Por ejemplo, un paciente esquizofrenico -- dio la respuesta "sexo terrestre" a una de las manchas de tinta, en la cual él había percibido una parte de la mancha como un pene, y el resto como un mapa geográfico. Pero estas combinaciones arbitrarias de componentes perceptivo-perceptuales no se observan con frecuencia.

La alteración del pensamiento del esquizofrenico y sus alteraciones perceptivas se reflejan a menudo en forma de - respuestas deficientemente percibidas, en la repetición - del mismo concepto y en la falta general de variedad imaginativa. Es frecuente una pauta de movimeinto humano y - de respuestas de contenido humano, asi como una incapacidad para integrar efectivamente los colores en perceptos, como el resultado de que los objetos coloreados son percibidos por los esquizofrenicos, a menudo como de cualidad- cruda y grosera (p. ej., "un muslo sangriento", "una montaña de heces", "fuego y explosiones").

La deficiencia del esquizofrenico en adaptación social esta reflejada, además en el número extraordinariamente pequeño de las llamadas respuestas realistas que él da a -- las manchas de tinta. Estas respuestas realistas son aque

llas que suele dar la gente (p. ej., "hombres que se in-- clinan uno al otro", en la tercera lámina; en la quinta,- "un murcielago"; "dos animales" en la octava lámina; ---- "cualquier tipo de animal", en la décima lámina), pero el paciente esquizofrenico es algunas veces incapaz de ver-- les. (Ibid)

10.- Validez diagnóstica del Rorschach.

La validezdiagnostica del test de Rorschach está mejor es tablecida que algunos otros test proyectivos. No obstante la validez diagnostica para la esquizofrenia establecida- a traves del Rorschach es una muestra de pacientes puede- algunas veces no confirmarse enuna muestra diferente de - otro lugar.

El análisis de los contenidos del Rorschach parece dar -- mas hallazgos fiables que la evaluación diagnostica basa- da en el perfil estructural formal de las caracteristicas perceptivas, conceptuales y organizacionales, aunque algu nos psicólogos no están de acuerdo con esta última afirma ción.

No han tenido éxito los intentos de llegar a un diagnosti co por la presencia o ausencia de determinados signos en- los datos de Rorschach, y la predicción de la conducta -- abierta basada en los datos del mismo test también ha de- mostrado tener muy poco éxito, aunque puede ser posible - distinguir entre aquellos esquizofrenicos que eventualmen

te pueden mejorar y aquellos que no lo harán.

Los resultados más válidos y mas fiables son los obtenidos por los psicologos clínicos con experiencia, que basan sus conclusiones diagnosticas mas en un enfoque global clínico de los hallazgos del test de Rorschach que en un mero análisi estructural de los datos.

El test de Rorschach puede dar hallazgos normales en los pacientes que son clínicamente, sin ninguna duda, esquizofrenicos, en particular en el tipo paranoide de esta enfermedad. (Ibid)

11.- Pronóstico.

Son indicadores de buen pronóstico en el Rorschach las respuestas de movimiento humano activas y bien percibidas (relacionadas con la capacidad para identificarse y simpatizar con los demás humanos); los de movimiento animal (relacionadas con la expresión de impulsos); el uso adecuado de la forma buena como base de las respuestas (relacionadas con la capacidad de control y de buena evaluación de la realidad); respuestas de sombreado y color lo suficientemente adecuadas (relacionadas con la sensibilidad, la necesidad de afecto y la capacidad para responder en forma emocional al ambiente), todo ello en un protocolo de productividad y diversidad suficiente (que sugiere las potencialidades personales).

Piotrowski (1961) ha presentado unos criterios de pronós-

tico a largo plazo para esquizofrenicos, y Klopfer (1954) desarrollo una escala de porcentajes de pronostico ampliamente usada, basada en las calificaciones del Rorschach,- que se correlaciona con la mejoría de dos grupos de pa--- cientes, uno con tratamiento y elotro sin tratamiento (Endicott y Endicott, 1964). En general, no se ha demostrado que los indicadores de pronóstico estén relacionados con- la especifidad de la elección de tratamiento. (Ibid)

K. OTRAS SERIES DE MANCHAS DE TINTA.

En un intento para superar las limitaciones psicométricas del Rorschach, en el cual sólo se utilizan 10 láminas y - sobre las cuales no hay ningún control en cuanto al número de respuestas, Holzman (1961) construyo dos formas paralelas, conteniendo 45 manchas de tinta cada una de ---- ellas.

La técnica de manchas de tinta de Holzman (HIT) probablemente ofrece estímulos mas ricos y mas variados, conser-- vandose constante el número de respuestas porque se le dice al sujeto que sólo de una respuesta por lámina.

De forma sustancial, el HIT ofrece mayor objetividad y -- precisión en el análisis, aunque queda por demostrar todavía la sensibilidad clinica que ofrecen las manchas del - Rorschach.

A pesar de su premisa original de reemplazar a la larga - el Rorschach, el HIT no rivaliza con el Rorschach en la -

utilización clinica.

Harrower (1946) ha ofrecido un test de manchas de tinta - que tanto puede ser autoadministrado como administrado en forma colectiva.

La construcción en material desechable de las manchas de-tinta permite al sujeto que marque sus respuestas, lo --- cual es efectivo y un ahorro de tiempo. El test fue diseñado como una alternativa al Rorschach y es particularmente útil para fines de test-retest. (Ibid)

CAPITULO II

ASPECTOS CLINICOS Y FUNDAMENTALES DE LA PSICOSIS

A.- CLASIFICACION.

Los trastornos psiquiátricos se dividen principalmente en cinco grandes entidades que son: (12)

1) Psicosis.

Es un trastorno profundo de la personalidad, en donde existe una tergiversación de la realidad de dos formas. La primera es en cuanto a la realidad subjetiva, en donde el enfermo casi siempre cree que no está "loco". Y, la segunda es en cuanto a la realidad objetiva, en donde ocurren trastornos de la percepción (alucinaciones), del juicio (delirios). (Ibid)

2) Neurosis.

Es un trastorno menos profundo de la personalidad. No se tergiversa la realidad. (Ibid)

3) Trastornos Psicosomáticos.

Es una alteración del funcionamiento o de la estructura de un órgana o aparato. Como por ejemplo, ataque de asma ---- (trastorno funcional), úlcera gástrica (trastorno de la estructura), también la neurodermatosis.

4) Oligofrenia.

Trastornos de la conducta producidos por un deficit intelectual. (Ibid)

5) Trastornos de la Personalidad.

Trastornos de la conducta que no encajan en ninguno de los otros grupos. Presentan una conducta en desacuerdo con su medio cultural o social.

En nuestro estudio nos enfocaremos a la primer entidad que es la Psicosis.

Esta se va a dividir en dos grandes grupos: orgánicos y -- psicogenas o funcionales. (Ibid)

Empezaremos con la clasificación de el grupo de psicosis - organicas.

I. PSICOSIS ORGANICAS. (Ibid).

1) Psicosis infecciosas.

a) Sífiles (Parálisis General Progresiva -P.G.P.- Sífilis cerebral)

b) Encefalitis

c) Meningitis

d) Otras (por ejemplo, delirios infecciosos).

2) Psicosis Tóxicas.

a) Alcohólicas

b) Otras (opio, cocaina, mariguana, bromuro, etc.)

3) Psicosis Traumaticas

-delirios traumaticos

4) Psicosis por trastorno convulsivo.

-epilépticas.

5) Psicosis por trastorno circulatorios.

a) Embolia cerebral.

b) Arterioesclerosis cerebral

6) Psicosis por trastorno del metabolismo, crecimiento, - nutrición y endocrino.

a) Psicosis seniles

b) Psicosis de involución

c) Psicosis de la pelagra

d) Psicosis endocrina (tiroides-Bsedow-)

7) Psicosis por neoformaciones (tumores)

8) Psicosis por causa desconocida, pero evidentemente organica.

a) Esclerosis en placas

b) Parkinson

11. Psicosis PSICOGENAS O FUNCIONALES. (Ibid)

1) Esquizofrenia

2) Paranoia

3) Trastornos afectivos.

Puesto que nuestro estudio está completamente enfocado en la psicosis, por ser el pabellón de la G.R.E.M. un pabellon de pacientes psicoticos, nos vamos a avocar mas a ésta entidad para definirla mas ampliamente y señalar cuales fueron los cuadros que mas se presentaronen nuestro estudio.

B. DEFINICION.

En primer lugar señalaremos que los trastornos psicoticos se caracterizan por un grado variable de desorganización en la personalidad. También en grados diferentes el paciente rompe su relación con la realidad o no logra evaluarla ni comprobarla correctamente. Como resultado, su capacidad para el trabajo efectivo y para tener relaciones adecuadas con otras personas se destruye o se altera en forma temporal, y a veces en forma definitiva.

Estos trastornos pueden ser funcionales u orgánicos del sistema nervioso y de mayor gravedad que la neurosis. Constituyen, por lo tanto, desviaciones graves de la normalidad mental. Tanto el modo de pensar, como el de razonar, juzgar y querer, sufren radicales trasformaciones. Como la realidad externa no es evaluada correctamente, ocurren severas alteraciones del contenido del pensamiento (alucinaciones, ideas delirantes, etc.), de la afectividad y de la conducta que, por lo general, están presentes.

La autocritica está alterada, es común, que el enfermo -- psicotico sea incapaz de darse cuenta de que su mente se- encuentra trastornada. Es frecuente, también, que existan alteraciones del comportamiento y falta de orientación, y que las funciones intelectuales se encuentren perturba--- das.

Una de las peores ofensas es la de considerar la psicosis como sinonimo de esquizofrenia, incluso aunque la mayoria de esquizofrenicos no sean psicóticos durante largos pe-- riodos de su enfermedad. En verdad psicosis es un término conductual que dsigna un intento activo para reconciliar- la realidad con el mundo interior de pensamientos y senti mientos desorganizados. (3)

Existen muchos tipos de psicosis funcionales, entre las - que destacan las esquizofrenias, de las cuales hablaremos de una manera mas extensa por ser estauna de las entida-- des mas presentadas en nuestro estudio, mientras que de - la mania, la depresión, y las psicosis orgánicas denomina das seniles, arterioesclerotocas, alcoholicas, tóxicas, - infecciosas y traumáticas, sólo se presentaron de tipo tó xico y alcohólicas.

C. ETIOLOGIA.

Muchos factores pueden contribuir a las psicosis: la bio- genética, los cuidados infantiles, las enfermedades fisi- cas tempramas, las experiencias traumáticas, las formas y

los sistemas de comunicación familiar, el stress de la vida, los problemas socioeconomicos y la cultura. No puede decirse cual de ellos es el mas significativo. La articulación etiologica de los sistemas biologicos, psicologicos, sociologicos y culturales todavia no es posible, y las explicaciones que se dan para el cambio ocurrido en la fenomenología de la psicosis no son del todo aceptables. (3)

Algunos psiquiatras creen que las psicosis y las neurosis presentan grados de un mismo proceso, ya que los sintomas neuroticos pueden enmascarar la alteración fundamental en un intento de defenderse de la crisis psicótica. Refiriendose especificamente a la esquizofrenia, Holzman (1973) rechaza a la teoría del conflicto aplicable a las neurosis. Grinker y Holzman (1973) no encuentran pruebas a partir de sus datos observables de que las neurosis y las psicosis representen fases del mismo proceso. De hecho, la psicosis esquizofrenica presenta una serie de sintomas conductuales que no se observan en la neurosis. Por tanto, no deben ser concebidas como un continum.(Ibid)

La esquizofrenia se considera que es un resultado polivalente de diversas variables que construyen un sistema u organización que representa una forma de adaptación funcional.

La forma queda fijada como un producto final, puesto que los individuos muestran un alto grado de variabilidad y

las formas tambien difieren, tal como queda indicado por-
el alto grado de variabilidad entre los individuos.
No existen pruebas suficientes para determinar si el efec
to primario se encuentra dentro de una parte del desarro-
llo o funcionamiento psicobiológico o en los procesos or-
ganizativos que ordinariamente tienen éxito en integrar -
las diversas partes. Estos procesos pueden ser biológi---
cos, psicológicos (tal como las experiencias de la infan-
cia) o ambientales (p. ej. los estímulos estresantes). Lo
que puede presumirse es la necesidad de que los problemas
de la experiencia provoquen las vulnerabilidades bien en-
partes, bien en el sistema global, y que las alteraciones
espontaneas o vitales constituyen un elemento necesario -
para precipitar a un sujeto preparado hacia una esquizo--
frenia abierta, y eventualmente a una psicosis.
Incluso aunque en términos teóricos puede considerarse --
que el esquizofrenico se encuentra fundamentalmente carac
terizado por una alteración de retroaccion propioceptiva-
y vegetativa, o que el esquizofrenico intenta adaptarse a
una cualidad única y primaria de la ansiedad, o que po---
see un defecto en la atención y en la memoria, o una capa
cidad deficiente para la búsqueda interna de información-
o una diferencia en el sistema nervioso central y/o las -
funciones endocrinas, se hace necesario establecer los --
puentes de union necesarios. (Ibid).

D. PSICOSIS PSICOGENAS O FUNCIONALES.

1.- Esquizofrenia.

El diagnostico de esquizofrenia se ha ampliado, ha crecido el síndrome clásico descrito por Bleuler, que fue ---- quien sustituyo el término esquizofrenia, con el de demencia precoz, de Krepelin, y que hoy día abarca un espectro puesto de manifiesto por varias configuraciones excentricas del pensamiento y de la conducta.

Las caracteristicas de los sintomas y el curso de las psicosis esquizofrenicas han cambiado durante las últimas décadas. Se ha hecho claro que el diagnostico de psicosis - no puede igualarse al de esquizofrenia.

Existen muchas otras formas de psicosis, tales como las - infecciosas, las tóxicas, las traumaticas y las seniles.- Cabe que exista una psicosis límite o latente, pero no un esquizofrenico latente, puesto que el último será presente incluso sin psicosis o ausente.

Existen dificultades para un diagnóstico precoz, especialmente en las personas jovenes que están a punto de precipitarse en una crisis psicótica o vacilando entre conductas socialmente aceptables y conductas extravagantes. Deaqui vamos a partir para señalar las caracteristicas massobresalientes de las psicosis esquizofrenicas. (3)

a.- Causas.

Los psiquia tras de pensamiento antropológico estiman que

la constitución y los procesos vitales del organismo tienden a producir formas especificas correlacionadas de estructuras corporales y reacciones mentales.
Aunque estas correlaciones parecen estar presentes algunas veces, de ninguna manera existen en todos los casos.- (Ibid)
Aunque todavia se discuten la herencia, la constitución - innata, las alteraciones neuropatológicas y los trastornos en la bioquímica y en la fisiología como agentes etiologicos, se acentúa la tendencia de dar importancia a los factores psicógenos.
Solo a través de un análisis cuidadoso de la personalidad y de su evolución, de un estudio igualmente detallado de- los acontecimientos concadenados de la vida y de las experiencias subjetivas del individuo, se encuentran las causas de la psicosis esquizofrenica, se comprenden sus manifestaciones y se descubren y formulan sus conexiones psicológicas.
Debe tenerse presente que la esquizofrenia es una de las- formas mas frecuentes de psicosis. (Ibid)

b.- Sintomatología.

Podemos empezar diciendo que la sintomatologia esencial - de este grupo de trastornos mentales consiste en la presencia de determinados síntomas psicóticos durante la fase activa de la enfermedad, síntomas caracteristicos que-

implican múltiples procesos psicológicos, deterioro del - nivel previo de actividad, inicio antes de los 45 años, y una duración de seis meses como minimo. La alteración no- es debida a un trastorno efectivo ni a un trastorno men-- tal orgánico. En alguna de las fases de la enfermedad es- quizofrenica se encuentran siempre ideas delirantes, alu- cinaciones, o alteraciones del contenido y curso del pen- samiento. (16)

1.- Deterioro del previo de actividad.

La esquizofrenia implica siempre algunas fases de la en-- fermedad, un deterioro del nivel previo de actividad en - las areas laborales, de las relaciones sociales y del cuidado personal. Los familiares y amigos observan que el sujeto "no es el mismo".

2.- Síntomas caracteristicos que implican múltiples procesos psicológicos.

Siempre se encuentran alteraciones caracteristicas en al- gunas de las siguientes áreas: contenido y curso del pen- samiento, percepción, afectividad, sentido del Yo, volun- tad, relación con los demás y conducta psicomotora. Debe- ra señalarse que ninguno de los síntomas está siempre presente o se encuentra únicamente en la esquizofrenia. --- (Ibid)

a) Contenido del pensamiento.

La mayor alteración del contenido del pensamiento implica ideas delirantes, que son múltiples, fragmentadas o extrañas (evidentemente absurdas sin base de hecho). Es frecuente que las ideas delirantes de tipo persecutorio impliquen creencias de espionaje de uno mismo, difusión de falsos rumores, o planes de perjuicio hacia el propio sujeto; también son frecuentes las ideas de autorreferencia, en las cuales los acontecimientos, objetos, y otras personas adquieren un significado particular e insolito. Por ejemplo, el sujeto cree que los comentarios de la televisión son burlas dirigidas hacia el. Algunas ideas delirantes son mucho mas frecuentes en este trastorno que en otros trastornos psicoticos. (16)

b) Curso del pensamiento.

Con frecuencia se halla presente una alteración del curso del pensamiento. Ha sido señalado como un trastorno "formal del pensamiento" y se distingue del trastorno del contenido del pensamiento. El ejemplo mas frecuente es la perdida de la capacidad asociativa por lo que las ideas cambian de un tema a otro sin relación o quiza con una relación indirecta, sin que el que habla parezca ser consciente o tener conocimientos de que los temas están desconectados. Cuando la pérdida de la capacidad asociativa es grave, puede presentarse incoherencia y el lenguaje puede

llegar a ser incomprensible. El lenguaje puede tener contenido pobre, adecuado en cuanto a cantidad pero de poca información debido a su vaguedad, exceso de abstracción o concreción, repetición o estereotipia. Alteraciones menos frecuentes son los neologismos, la perseveración, la asonancia y los bloques. (Ibid)

c) Percepción.

Las mayores alteraciones de la percepción corresponden a diversos tipos de alucinaciones, siendo mas frecuentes -- las de tipo auditivo, que comprenden voces que el sujeto percibe como si vinieran del exterior. Las voces pueden - ser familiares y a menudo de contenido insultante. Pudiendo ser simples o varias voces a la vez. Es caracteristico el hecho de que las voces se dirijan directamente al sujeto, comentando su forma de actuar. Las órdenes precedentes de las alucinaciones pueden ser obedecidas por el sujeto, lo cual puede ser peligroso para el propio sujeto - y para los demás. Estas alucinaciones, en ocasiones, son mas sonidos que voces.

Otras anomalias perceptivas incluyen sensaciones de cambio corporal e hipersensibilidad a los sonidos, de la vista y del olfato. (Ibid)

d) Afectividad.

La alteración comprende a menudo una afectividad inapro--

piada, embotada o aplanada. En la afectividad embotada hay una grave reducción de la intensidad de la expresión de la afectividad; la voz es con frecuencia monótona y la cara - inmóvil. El sujeto ya no responde con la intensidad emocional normal o, en casos extremos, de que no tiene sentimientos. En la afectividad inapropiada, la afectividad es claramente discordante con el contenido del lenguaje e idea-- ción del sujeto. Aunque estas alteraciones casi nunca faltan, su utilidad para el diagnostica es limitada dado que- su presencia es difícil de valorar excepto en casos extremos. (Ibid)

e) Sentido del Yo.

El sentido de si mismo que da a una persona normal un sentimiento de individualidad, singularidad y autodirección - esta con frecuencia alterado. Esto se manifiesta por una - perdida del Yo y se expresa por una perplejidad extrema -- acerca de la propia identidad y del significado de la propia existencia, o por algunas de las ideas delirantes señaladas anteriormente, en especial aquellas que implican el- control por fuerzas extrañas. (Ibid)

f) Voluntad.

Casi siempre hay una alteración de la actividad dirigida - hacia metas concretas, lo que deteriora visiblemente la actividad laboral o cualquier otro tipo de actividad. Hay --

una incapacidad para seguir el curso normal de una acción hasta llegar a concluirla de forma lógica, y esto es debido a falta de interes o de motivación adecuada. La ambivalencia influye en las alternativas de la acción dando lugar a la imposibilidad de continuar la acción hasta las metas propuestas. (Ibid)

g) Relaciones con el mundo externo.

Con frecuencia hay una tendencia al retraimiento del mundo externo y el sujeto llega a estar preocupado con sus ideas egocentricas e ilógicas y sus fantasias de hechos objetivos distorcionados, oscurecidos o ausentes.

Este estado, cuando es grave, se manifiesta con autismo.- Con frecuencia, los familiares y amigos comentan que el sujeto parece preocupado por su propio mundo y emocionalmente distante de los demas. (Ibid)

h) Conducta psicomotora.

En las formas crónicas graves y en la forma aguda florida del trastorno, se observan varios tipos de alteraciones en la psicomotricidad. Puede encontrarse una notable disminución de la reactividad al entorno, con una reducción de los movimientos espontaneos y de la actividad. En los casos extremos, el sujeto ignora el entorno, puede mantener posturas rígidas oponiendo resistencia a los movimientos, puede hacer movimientos estereotipados, sin proposi-

to fijo y presentar una exitación motora no influida por estimulos externos; puede mantener actitudes inapropiadas o extrañas, o resistir o no hacer caso de las instrucciones para cambiar de posición. Además, puede presentar flexibilidad cérea, muecas o manierismos. (Ibid)

3.- Sintomatología asociada.

Casi cualquier síntoma puede presentarse como síntoma asociado. El sujeto puede presentarse perplejo, despeinado, o vestido y aseado de forma excéntrica. Son frecuentes las anomalías de la actividad psicomotora, como porejemplo, deambulación sin finalidad, balanceo o inmovilidad apática. con frecuencia hay una pobreza del lenguaje con una disminución de la cantidad de lenguaje espontáneo, con respuestas breves, concretistas y poco elaboradas. A menudo aparece una conducta ritual o estereotipada con pensamiento mágico. Es común el estado de ánimo disforico en forma de depresión, ansiedad o furia, o una mezcla de esos tres estados. A menudo se presentaran ideas autorreferenciales, despersonalización, desrealización, e ilusiones, asi como preocupaciones hipocondríacas, que pueden no ser delirantes.

De forma típica, la conciencia no está alterada, aunque durante un período de exacerbación el sujeto puede estar confuso y desorientado, o presentar un deterioro de su capacidad mnésica. (ibid)

4.- Edad de comienzo.

El inicio de la enfermedad se presenta habitualmente durante la adolescencia o al inicio de la edad adulta. -- (Ibid)

c)- Tipos.

La esquizofrenia pertenece al grupo de psicosis no atribuibles a las alteraciones físicas señaladas en los síndromes cerebrales orgánicos. Es una psicosis de tipo funcional que se origina no de algún defecto físico desconocido en el tejido cerebral, sino mas bien de defectos del funcionamiento.

Los tipos mas comunes de esquizofrenia son: simple, hebefrenica, catatónica tipo excitado, catatónica tipo estuporoso, paranoide, episodio esquizofrenico agudo, latente,- residual, esquizoafectiva con depresión, infantil, crónica indiferenciada y otras formas de esquizofrenia. (Ibid)

2.- Trastornos Paranoides.

A diferencia de otras formas de reacción psicótica, que - pueden ser bastantes variadas, las reacciones paranoides- se caracterizan por un síntoma patologico principal: los- delirios persistentes. El delirio es una creencia muy --- arraigada que se mantiene a pesar de que el individuo tenga testimonio objetivo de lo contrario y a pesar de no tener ningún apoyo social.

En el estado paranoide los delirios son transitorios y no estan bien organizados en un argumento congruente. El paciente puede experimentar alucinaciones, aunque su personalidad, en todos los demás sentidos permanece intacta. - Mientras que se desarrolla la patología, los delirios se- hacen mas sistematizados, congruentes e internamente lógicos (todo se ajusta a la suposición inicial), en tanto desaparece la actividad alucinatoria. A esta condición se - le llama paranoia. (14)

Existen tres tipos de delirios que ocurren en las perturbaciones paranoides y algunas veces en otros estados psicoticos. El tipo mas común es el delirio de grandeza. El- paciente cree que es algun ser importante, como un emperador, un millonario, un gran inventor, o incluso Dios.

Otro tipo de delirios es aquel que se conoce como el delirio de referencia. En este caso el individuo interpreta - erróneamente los acontecimientos fortuitos como si estu-- vieran dirigidos hacia él. Si ve dos personas en conversación normal, inmediatamente concluye que están hablando - de él. Nada es demasiado trivial ni accidental como para- escapar de que el considere que tiene un significado personal.

El tercer tipo de delirio es el delirio de persecución. - En este caso el individuo está constantemente en guardia- contra sus "enemigos". Siente que se le está espiando y - que se están haciendo planes en su contra y que está en -

peligro mortal de ser atacado. Los delirios de persecu--- ción pueden acompañar a los delirios de grandeza.

El nivel intelectual y economico del paranoide es mucho - mas elevado que el de otros pacientes perturbados, de manera que funciona durante algún tiempo sin que nadie se - de cuenta de su necesidad de tratamiento y hospitaliza--- ción. (Ibid)

En síntesis, la paranoia es una psicosis poco común, cronica caracterizada por un sistema delirante permanente, - sistematizado y construido sobre una base lógica, sin alteraciones del pensamiento esquizofrenico, ni alteracio-- nes de la percepción y con preservación perfecta de la -- conciencia.

a.- Causas.

Poco se sabe la etiologia de la paranoia. Según algunos - investigadores, en enfermos paranoicos pudo encontrarse - una relación estricta entre paranoia y esquizofrenia.

La paranoia pura es un trastorno mental raro. Caso (1979) señala que de 1631 ingresos en el servicio para enfermos- indigentes, encontró solo un caso de paranoia. (3)

Esto es probablemente debido a que el paranoico puro po-- see con frecuencia facultades intelectuales excelentes y- sabe evitar sagazmente el que pueda certificarse su estado mental como psicótico.

Se dice que los enfermos que desarrollan paranoia, por lo

comun son personas que en su infancia no fueron capaces - de afirmar su seguridad, de sentir confianza en ellos mismos, por tener una incapacidad para relacionarse con los- demás. Generalmente en las relaciones sociales se sienten torpes e incómodos. Se sienten rechazados y según ellos,- colectan injusticias, que no olvidan nunca. Es frecuente- que expresen su resentimiento acerca de la impresión que- tienen de no ser queridos y dignamente apreciados por el- mundo. Con frecuencia, piensa que la gente los trata de - perjudicar.

b.- Sintomatologia.

El desarrollo del delirio es lento, insidioso, tiene una- premisa falsa, pero las ideas delirantes están bien uni-- das con otras y, en conjunto, forman toda una argumenta-- ción. Al mismo tiempo se conservan la claridad y el orden del pensamiento, las funciones volitivas y la acción. El- rasgo caracteristico de la paranoia es la presencia de -- ideas delirantes bien sistematizadas e inconmovibles. Con frecuencia, con resentimiento y rencor, piensan que las - personas los tratan de perjudicar. Son partidarios de la- justicia y de la "corrección". Envidiosos, hostiles, incapaces de aceptar lo patológico de su ira, y a menudo proyectan su resentimiento y enojo sobre los demás. (3)

c.- Tipos.

Las formas clínicas principales de la paranoia son: paranoia de perjuicio o persecución, paranoia querulante, litigante, reivindicatriz o pleitista, paranoia celotípica, paranoia genealógica, paranoia de invención o reforma, y paranoia erótica. (Ibid)

Se encuentra además el estado paranoide involutivo, que es una psicosis paranoide que se presenta después de los 40-45 años de edaden la que la personalidad se conserva bien, hay alucinaciones, síntomas afectivos y pensamiento desordenado. Las ideas delirantes, aun cuando son de género bastante fijo y elaboradas, no son tan sistematizadas como en la paranoia y tienen mucho mejor pronóstico. -- (Ibid)

3.- Psicosis Reactivas.

En las psicosis reactivas, se agrupan aquellos trastornos mentales agudos o subagudos, que se presentan de improviso o al cabo de un periodo de latencia y que pueden atribuirse a una experiencia de la vida. (Ibid)

a.- Causas.

Causas predisponents, causas ambientales (privación cultural) que generalmente provocan un retardo mental discreto; la pobreza y la incultura, que en numerosas ocasiones repercuten en los cuidados prenatales, en el consejo genético, en el trauma obstétrico, etc.; factores que pueden-

ser evitados con una buena atención obstetrica. Infecciones prenatales, traumatismos o agentes físicos prenatales, hematoma subdural, trastornos metabólicos y endocrinos, afecciones graves del encéfalo (postnatales) que causan retardo mental (traumatismos craneoencefálicos), anormalidad cromosómica, prematuridad, ausencia de ambiente psicosocial apropiado, etc. Predisposición psicologica, perdida de los padres a temprana edad, soledad, pérdida del apoyo efectivo en personas inseguras.

Causas desencadenantes, infecciosas virales, desnutricion medicamentos, factores ambientales: antecedente inmediato de pérdida de algo amado por el sujeto, como persona, dinero, prestigio, salud, etc., La pérdida de un ser querido generalmente provoca diversas alteraciones que pueden ser consideradas como normales durante un lapso de 4 a 6 semanas. Los síntomas pueden ser: alteraciones somáticas, recuerdo obsesivo del ser querido y que ha desaparecido para siempre, sentimientos de culpa, por no haber evitado la muerte, por no haber sido mejor persona con el muerto, etc., inquietud, dificultar para efectuar las labores que normalmente se llevan a cabo en forma rutinaria. Los cambios de situación en la edad avanzada pueda favorecer o desencadenar una psicosis reactiva. (3)

b.- Sintomatologia.

Las psicosis reactivas pueden manifestarse por diversos -

síntomas, pero siempre aparentemente provocados por -- stress afectivo.

c.- Tipos.

Este grupo incluye: reacción depresiva psicótica (psico-- sis reactivodepresiva). Excitación reactiva, confusión -- reactiva, reacción paranoide aguda, psicosis reactiva no-especificada. En nuestro estudio el trastorno mas presentado de ésta entidad nosológica fue la psicosis reactiva-breve (298-80). (Ibid)

E. PSICOSIS ORGANICAS.

1.- Psicosis alcohólica.

Es una psicosis orgánica, causada principalmente por consumo excesivo del alcohol. La desnutrición influye de manera considerable. Incluye las siguientes psicosis: delirium tremens, psicosis de Korsakoff (alcohólica), otras - alucinosis alcohólicas, estados paranoides alcohólicos -- (paranoia alcoholica), intoxicación alcohólica aguda, deterioro alcohólico, intoxicación patológica.

Las psicosis que ocurren como las complicaciones más conspicuas de la adición al alcohol, representan los mas frecuentes estados de insuficiencia cerebral causada por --- trastornos tóxicos o metabólicos. Estos trastornos, sin - embargo, invariablemente se encuentran en individuos cuya conducta se caracteriza por la ingestión excesiva, conti-

nua o episódica del alcohol. (3)

a.- Causas.

Las reacciones psicóticas secundarias al alcoholismo ocurren a una edad media, alrededor de los cuarenta años. -- Son la consecuencia de hábitos de ingestión de alcohol -- que se iniciaron muchos años antes. Por lo general el alcohólico inició su habituación en forma social, que gozaba así de alivio ante las causas habituales de stress en la vida, y que aprendio que podia disminuir sus tensiones interiores tomando un trago de alcohol. Al pasar el tiempo, el paciente recurrio cada vez mas a la bebida como un medio de reducir la angustia. Mas tarde los episodios de alcoholismo se asocian a periodos anmésicos durante los - cuales el enfermo no parece perder la conciencia, pero recuerda poco o nada de sus actos o de los hechos que sucedieron durante la embriaguez, aunque a otros les parezca que la cantidad de alcohol que ingirio era pequeña. A veces se habla que esta es la fase prodrómica del alcoholismo. Conforme el individuo se vuelve bebedor habitual, tiene ya una capacidad limitada de controlar la cantidad que ingiere. Una vez que comienza a tomar, continúa hasta que esta comatoso, incapaz de coordinar sus acciones debido a la bebida e invalidez por náusea, o vómito. En ocasiones, al llegar a esta etapa de su evolución, el alcoholico suspende periodicamente el hábito. No obstante, cuando acepta otro trago se reaviva la compulsividad del enfermo.

Al sentirse criticado por su familia, sus amigos y sus je

fes, ya que todos reconocen la inestabilidad en sus actos y sus pensamientos, el alcohólico busca diversas excusas, pero se pone a beber en forma subrepticia, para esconder- su hábito de quienes lo rodean. Su cuidado personal se deteriora, su atención se vuelve vaga, y el paciente descuida su trabajo y sus relaciones sociales. En esa etapa quiza desarrolle deficiencias vitaminicas descuidando su dieta regular; cuando ya se encuentra en estado de adición - y suspende la bebida, puede aparecer un síndrome de privación con convulsiones psicóticas o epileptiformes.

Tanto los factores geneticos, como la constitución del individuo y las experiencias individuales emocionales del - niño en sus transacciones familiares, contribuyen a pre-- disponer a la persona al alcoholismo. Las influencias culturales refuerzan los patrones familiares y establecen -- las predilecciones por el abuso del alcohol como un medio de aliviar la angustia y la depresión. (Ibid)

Las experiencias posteriores de privación de apoyo emocional pueden actuar, y a veces lo hacen en forma repetida - para precipitar periodos de embriaguez, o para hacer que- el individuo vuelva a tomar cuando ya habia renunciado al hábito. A menudo la historia familiar del futuro alcoholico muestra que la persona que fungió como madre fue indulgente y protectora en exceso, y animó al individuo para - que continuara las exigencias infantiles orales propias - de los primeros periodos de vida, hasta que dichas exigen 1

cias llegaron a ser demasiado grandes o imposibles de satisfacer.

b.- Sintomatologia.

Los sintomas son muy variablesdependiendo del tipo de psicosis alcohólica de que se trate. En el Delirium tremens- se caracteriza esta psicosis aguda y grave, por algunos - de los siguientes sintomas: confusión mental severa de obnubilación de la conciencia, desorientación espacial y -- temporal y trastornos de la memoria recientes, trastornos de la percepción, insomnio intenso, agitación psicomo---- triz, angustia severa, ideas delirantes. En la psicosis - de Korsakoff tiene una sintomatologia similar a la del delirium tremens, pero las funciones intelectuales se en--- cuentran mas alteradas. Después de los síntomas de deli-- rio, se ponen de manifiesto las alteraciones de la memo-- ria y las fabulaciones.

La alucinosis alcohólica está caracterizada por alucina-- ciones auditivas, generalmente agresivas para el sujeto;- las voces le profieren insultos y amenazas y, le provocan por lo tanto, gran inquietud, angustia y aprensión. Las - alucinaciones visuales cuando se presentan, son similares a las encontradas en el delirium tremens. En el estado paranoide alcohólico el delirio de celos, caracterizado por ideas de infidelidad, no tiene un fondo alucinatorio. La- psicosis de este estado puede ser peligrosa, ya que en --

ocasiones lleva al homicidio al enfermo.

La intoxicación alcohólica aguda se caracteriza por alteraciones agudas de la orientación, de la memoria y de todas las funciones intelectuales. A esta intoxicación alcohólica aguda, la Asociación Psiquiátrica Americana la describe como una psicosis aguda provocada por el alcohol y en la que no se pueden considerar los diagnósticos de otras psicosis alcohólicas. La psicosis alcohólica aguda mejora rápidamente cuando cesa la intoxicación. El deterioro alcohólico se caracteriza por ser no reparable, irreversible. La persona es inestable y tiene tendencia a la impulsividad, existe un aniquilamiento total y progresivo de la personalidad, lo que hace del enfermo un demente. Por último, la intoxicación patológica o embriaguez patologica, es una psicosis alcohólica aguda, producida por una reacción del individuo ante la ingestión de pequeñas cantidades de alcohol. Son frecuentes las ilusiones, alucinaciones visuales y las ideas delirantes de persecución, se presenta amnesia para el periodo psicótico, que ocasiona en el enfermo una pérdida de memoria, a veces, absoluta. (Ibid)

2.- Psicosis con intoxicación por drogas o venenos y farmacodependencia.

a.- Causas.

La adición a las drogas y la frecuencia con que aparece - resultan de una compleja interacción de fuerzas cultura-- les y familiares, que determinan con cuanta facilidad es- posible conseguir el agente farmacológico, cúantas oportu nidades se presentan para iniciar su uso y cúan predis--- puesto está el individuo para continuar empleándolas. El- comienzo de la adición implica una actitud de atrevimien- to y desafío que los adolescentes y los individuos inmadu ros encuentran atractiva. Los individuos que se vuelven - adictos son, en su mayor parte, casos de personalidad an- tisocial, pero el neurótico y el psicótico también están- predispuestos en vista de sus problemas afectivos. Los -- que llegan a usar drogas, se ven motivados por el deseo - de producir y perpetuar en si mismos un estado mas satis- factorio de existencia personal, incluso con el riesgo de anular otros valores.

Parece que algunos de esos pacientes ensayan inicialmente los narcóticos como un medio para encontrar emociones --- fuertes, para facilitar su autoestimación y su confianza- en sí mismos, o, con la esperanza de acrecentar sus capa- cidades de percepción, entendimiento y creatividad, a fin de ganar el aprecio posterior de la gente.

Otros individuos llegan a ser adictos porque el agente -- narcotico es capaz de reducir sus inhibiciones, angustias y tensiones, o bien porque tratan de alejarse de los efec tos dolorosos por medio de una vida de estupor parcial. -

Cualquiera que sea la motivación inicial, ya se trate de-facilitar la autoestimación o aliviar las tensiones, la - adición revela un desequilibrio en el desarrollo y en el-funcionamiento de la personalidad.

Sabemos en la actualidad, por diversos estudios realiza--dos en nuestro país, del incremento en el problema de la-dependencia de drogas, particularmente entre los jóvenes. En los últimos años ha aumentado el abuso de la marihua--na, inhalantes, babitúricos y drogas alucinógenas entre - los jóvenes mexicanos: de 10 a 15% de estudiantes de se--cundaria del Distrito Federal, utilizan una o varias dro-gas; en la Universidad Nacional 10.45 utilizan marihuana, el 10.7 solventes inhalados, el 10% anfetaminas, el 9% -- barbituricos y el 2.4% diversas drogas alucinantes (de la Fuente R., 1972).

En octubre de 1971, debido al aumento considerable de ca-sos de psicosis tóxicas por dependencia de drogas, en el-servicio del Hospital Psiquiátrico "Bernardino Alvarez" - de la Ciudad de México, se hizo una primera comunicación-en la que se preciso fundamentalmente: 1. Que las psico--sis tóxicas tuvieron un incremento severo, del 2.6% en -- 1967 al 7% en 1971. 2. La disminución de la edad en que - se inicio la psicosis tóxica; que descendió de una edad - mínima de 28 y promedio y 42 en 1967, a una edad minima - de 17 y promedio de 21.4 en 1971. 3. La gravedad del cua-dro psicótico en la mayoría de los casos. 4. Aunque algu-

nos de los enfermos mostraban preferencia por alguna droga en especial, lo común fué la dependencia múltiple. 5.- Del grupo estudiado, la mayoría tenía padecimiento previo, predominando los enfermos con retardo y sociopatía.- 6. El nivel intelectual que predominó fue el promedio. 7. Frecuentemente el antecedente deun hogar desorganizado. - 8. En la mitad de los casos la evolución de la psicosis - tóxica y/o de la farmacodependencia fue mala. (Agustín Caso Muñoz 1979).

La dependencia a las drogas es ocasionada por una muy compleja interacción de los siguientes factores: 1. Factores químicos (drogas). 2. Personalidad del sujeto. 3. Factores sociales. 4. Ambiente en que vive. (3)

b.- Sintomatología.

Al igual que en las psicosis alcohólicas, las psicosis tóxicas presentan una diversa sintomatología. (Ibid)

En el caso de la psicosis tóxica provocada por marihuana, el sujeto presenta alucinaciones, pánico, ideas delirantes de persecución, cambios profundos de la personalidad- (despersonalización, disminución de las costumbres adquiridas social y culturalmente), existe por lo general, --- grandes alteraciones del talante, estados de júbilo, de - regocijo, de gozo, hilarante con explosiones súbitas de - risa, posteriormente a este estado de euforia le sigue la depresión.

La psicosis tóxica provocada por la dependencia a las anfetaminas provoca a menudo un cuadro psicotico parecido al de la esquizofrenia del tipo paranoide y, con menos frecuencia, psicosis del tipo maniaco, que pueden ser difíciles de distinguir de dichas enfermedades. El diagnostico puede establecerse con seguridad por la presencia de anfetaminas en la orina. Además pierde peso, se le observa inquieto, con insomnio pertinaz, irritable y con grave suspicacia y, muy a menudo agresivo.

La psicosis tóxica producida por barbituricos provoca los siguientes síntomas, al igual que el alcohol existe dependencia psíquica y física. Generalmente el sujeto presenta pereza, dificultad para pensar, palabra lenta, prolongación en el tiempo de reacción, disminución en la capacidad intelectual, labilidad emocional, memoria pobre, disminución en la capacidad de la atención, exageración de los rasgos básicos de la personalidad, excitación psicomotriz, ideas delirantes de referencia y paranoides.

Los hipnóticos no barbituricos provocan psicosis tóxicas con convulsiones, trastornos del lenguaje y pérdida de la memoria. La supresión brusca del hipnótico causa confusión, agitación, alucinaciones y convulsiones generalizadas. Las psicosis tóxicas por substancias inhalantes provocan reacciones semejantes a las drogas alucinógenas que son las siguientes: desorientación respecto al tiempo y al espacio, pérdida de la conciencia, estados confusiona-

les, "estados de ensueño", en los que los eventos "traumá-ticos" del pasado o sucesos de la niñez, alteraciones de-la percepción sensorial, como ilusiones visuales, incoordinación motora, trastornos del talante, fuga de ideas, - ideas de referencia, disminución de la concentración y de la inteligencia, trastornos de la personalidad, como despersonalización, pérdida de la conciencia de identidad y-disminución de las costumbres adquiridas social y culturalmente, uso de la droga, es decir, dependencia psíquica, psicosis pasajeras y psicosis crónica y finalmente, - pueden provocar alteraciones cerebrales orgánicas y crónicas.

La psicosis tóxica provocada por el ácido lisérgico dietilamida (LSD), causa los siguientes sintomas: cambios en - la personalidad, los sujetos que la emplean se alejan mas de la realidad, ocasiona momentáneamente "un estado de mayor felicidad", pero de menor responsabilidad, provoca -- ilusiones en las que el enfermo se aterroriza, recordando hechos del pasado, que le ocasionan temor, provoca tambien intentos de suicidio, ideas delirantes sistematizadas, polidependencia, descompensación psicótica permanente, reacciones de pánico, diversas reacciones psicóticas-que pueden prolongarse hasta dos años de duración: depresivas, paranoides, sociopáticas y de pánico. Precipitación de una psicosis esquizofrénica en sujetos predispuestos o con psicosis latentes, aparición de una alucinosis,

es decir, estados alucinatorios persistentes.

Por último, dentro de esta categoría de psicosis, mencionaremos los síntomas producidos por los hongos alucinógenos mexicanos (psilocibina y psilocina). Los efectos somáticos y psíquicos producidos con los siguientes: midriasis, perturbaciones vasomotoras, astemia, modificaciones de pulso, exaltación de reflejos osteotendinosos, hipotensión, somnolencia, trastornos digestivos, alteraciones de la marcha, bostezos, sudores, temblor, perturbaciones de la atención, euforia, extraversión, perturbaciones de la percepción del tiempo, disforia, indiferencia a lo real, despersonalización, perturbaciones de la percepción del espacio, perturbaciones del curso de las ideas, visión de movimientos de los objetos, risas inmotivadas, satisfacción estética, sobreexcitación, ilusiones visuales, alucinaciones visuales, impresión de movimiento de sí, rareza del ambiente, alucinaciones auditivas. (3)

c.- Tipos.

Las psicosis tóxicas pueden ser producidas por diversos agentes, tales como la marihuana, las drogas estimulantes las anfetaminas, las drogas depresoras (hipnóticas y sedantes), los barbitúricos, los hipnóticos no barbitúricos, inhalantes, drogas alucinógenas, el LSD 25, los hongos alucinógenos mexicanos, opio y sus alcaloides, etc..

Hemos de aclarar que los tipos de psicosis que se han men

cionado en este capítulo, son las que aparcen principal-- mente en nuestro estudio, sin olvidar que existen otros - tipos de psicosis tanto orgánicas como funcionales de considerable importancia como lo son las psicosis seniles, - las psicosis infecciosas, las psicosis traumaticas, las - psicosis por trastornos circulatorios, etc., y, tambien,- por lo que respecta a las psicosis funcionales, las psicosis afectivas. Todos estos cuadros, no los excluimos de - nuestro estudio porque carezcan de importancia, sino porque no aparecieron en nuestro pabellon en el momento de - llevarlo a cabo, o como en el caso de las psicosis seni-- les, por habernos limitado a un intervalo de edad entre - los 18 y 38 años. (Ibid)

METODOLOGIA.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Para poder llevar a cabo este estudio, se tomaron en cuenta los siguientes factores como parte primordial.

1.- Población.

Todos aquellos pacientes que son internados en el pabellón de psicóticos agudos de la Granja de Recuperación para enfermos Mentales (G.R.E.M.) desde su fecha de ingreso hasta su externamiento.

2.- Tiempo.

Con un tiempo de internamiento aproximado de 15 días de duración.

3.- Muestra.

Se seleccionaron por cuotas a 50 pacientes ingresados durante un período aproximado de 30 días que reunieron las siguientes características: a) diagnostico de psicosis incluyendo trastornos esquizofrénicos, trastornos paranoides, algunos trastornos orgánicos asociados a psicosis, algunos trastornos afectivos y trastornos psicóticos no especificados: b) sexo masculino; c) edad entre 18 y 38 años.

4.- Supuestos Implícitos.

Suponemos que el diagnostico emitido por el médico o psiquiatra es correcto, que el instrumento que usamos es vá-

lido, y, que los pacientes seleccionados cooperarán en la aplicación.

5.- Sistema de Variables.

Variable Independiente: la psicosis.

Variable Dependiente: el índice de realidad (IR)

Variable Controladas:
- sexo: masculino
- edad: entre 18 y 38 años
- que el paciente no se encuentre agresivo durante el momento de la aplicación para que coopere.
- que se encuentre en fase aguda.
- no se consideraron trastornos psicológicos profundos del desarrollo (oligofrenia).

Variables no controladas: nivel socio-económico rural y/o urbano en cualquiera de sus estratos, medio, bajo, alto.
Tipo de psicosis.

6.- Sistema de Hipótesis.

Ho: El IR del psicótico agudo es mayor o igual al esperado: $a \geqslant 6$

H1: El IR del paciente psicótico agudo es mas bajo al esperado; H1: $a < 6$

7.- Técnica de observación.

La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo pues sólo pretende comprobar si existe una baja en el IR del psicótico. Es un estudio de tipo Expost-facto, endonde únicamente se interviene para la medición.

El procedimiento quedará esquematizado de la siguiente forma:

Recepción de pacientes. → Aplicación del test → Calificacion del test → Conclusiones.

8.- Técnica de recolección de datos.

Se examinaron 50 protocolos de Rosrschach de pacientes que cumplieron los requisitos anteriormente señalados. La forma de aplicación fue individual. Enseguida se llevó acabo el análisis de las respuestas a las láminas 3,5,8 y 10 de cada uno de los pacientes, donde se calificaron como de "buena observación" con dos puntos (2), "observación lenta" un punto (1), y, "falta de observación u omisión" (Om).

Puntuación por lámina de las respuestas realistas.

Sujeto	Lámina 3	Lámina 5	Lámina 8	Lámina 10	IR
1	dos personas (20	un vampiro (2)	unos --- osos (1)	Om	5

2	unos monos (1)	una paloma (2)	Om	arañas (1) (en D azul)	4
3	dos gentes (2)	un murciélago (2)	Om	caballitos-de mar (1)-(en el D -- verde inferior)	5

Finalmente, la fórmula a usar para verificar nuestra hipótesis es:

$$Sx = \sqrt{\frac{\Sigma(Xi - \bar{X})2}{n - 1}} \quad ; \text{ en donde, } t = \frac{\bar{X} - a}{Sx/\sqrt{n}}$$

con grados de libertad (g.l.) de n - 1 y un nivel de significancia de α=5%

Sx = Desviación Standard de la muestra

Xi = Indice de Realidad

$\bar{X}$ = Indice de Realidad promedio

a = Indice de Realidad no-patológico

g.l. = Grados de libertad = (n-1)

α = alfa; nivel de significación

n = Tamaño de la muestra

t = Estadístico de la prueba

9.- Los instrumentos.

El test de Rorschach

RESULTADOS.

PROCEDIMIENTO ESTADISTICO.

Se agruparan los resultados del IR de todos los sujetos - examinados para obtener, la Media ($\bar{X}$), La Desviación es-- tándar (Sx), y, t de Student (t).

a) Media: $\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$

Xi= Indice- de rea- lidad.

n= # de su- jetos

b) Desviación Estándar

$Sx = \sqrt{\frac{\sum(Xi-\bar{X})2}{n-1}}$

$(Xi-\bar{X})2$= Sumatoria del IR me nos la me dia del - IR al cua drado.

c) t de Stu-- dent.

$t = \frac{\bar{X} - a}{Sx/\sqrt{n}}$

a=IR no pa tologico

$\bar{X}$=media -- del IR

Sx=Desvia-- ción Es- tándar.

n	Xi	Xi - $\bar{X}$	(Xi - $\bar{X}$)2
1	6	1.5	2.25
2	4	-0.5	.25
3	3	-1.5	2.25
4	6	1.5	2.25
5	5	0.5	.25
6	3	-1.5	2.25
7	0	-4.5	20.25
8	5	0.5	.25
9	5	0.5	.25

10	3	-1.5	2.25
11	3	-1.5	2.25
12	3	-1.5	2.25
13	4	-0.5	.25
14	5	0.5	.25
15	4	-0.5	.25
16	7	2.5	6.25
17	8	3.5	12.25
18	6	1.5	2.25
19	6	1.5	2.25
20	5	0.5	.25
21	3	-1.5	2.25
22	5	0.5	.25
23	5	0.5	.25
24	4	-0.5	.25
25	1	-3.5	12.25
26	2	-2.5	6.25
27	0	-4.5	20.25
28	3	-1.5	2.25
29	0	-4.5	20.25
30	4	-0.5	.25
31	6	1.5	2.25
32	4	-0.5	.25
33	5	0.5	.25
34	7	2.5	6.25
35	8	3.5	12.25

36	3	-1.5	2.25
37	7	2.5	6.25
38	6	1.5	2.25
39	5	0.5	.25
40	4	-0.5	.25
41	7	2.5	6.25
42	5	0.5	.25
43	2	-2.5	6.25
44	4	-0.5	.25
45	6	1.5	2.25
46	8	3.5	12.25
47	7	2.5	6.25
48	2	-2.5	6.25
49	8	3.5	12.25
50	3	-1.5	2.25
	225		212.5

Medida de tendencia central.

La media de IR obtenida y sustituyendo los valores en la formula.

$$\bar{X} = \frac{\Sigma X}{n} = \frac{225}{50} = 4.5$$

Vamos a considerar los grados de libertad con un valor de n-1 en una distribución t de Student.

g.l. = n-1; 50 - 1 = 49

Medida de variabilidad.

$$Sx = \sqrt{\frac{\Sigma(Xi - \bar{X})2}{n - 1}}$$; fórmula de Desviación Standard

Sustituyendo en la fórmula los valores obtenidos tenemos:

$Sx = \sqrt{\frac{212.5}{49}}$ por lo tanto,

$Sx = 2.08$

ahora en la fórmula de t, en donde;

$t = \frac{\bar{X} - a}{Sx/\sqrt{n}}$ sustituimos y tenemos: $\frac{4.5 - 6}{2.08/\sqrt{50}} = -5$

Para los valores críticos para probar Ho tenemos un nivel de signidicancia de $\alpha = 5\%$, que es el que vamos a tomar para nuestro estudio, mediante la prueba t con el percentil 100α de la distribución t de Student con n-1 g.l. siendo este su valor $t_{(49,\ 0.05)} = -1.678$

Entonces;

Nuestra regla de decisión es la siguiente:

Regla de decisión.

si $t < -1.678$, entonces se rechaza Ho

Resultado.

$t = -5$ Por lo tanto,

$-5 < -1.678$ Entonces,

$t < -1.678$ y podemos concluir:

Conclusión.

Se rechaza Ho.

B.- RESULTADOS DE LAS RESPUESTAS POR LAMINA.

Sujeto	Lam 3	lam 5	lam 8	lam 10	IR
1	-	2	2	2	6
2	2	2	-	-	4

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

29	Om	Om	Om	Om	0
30	2	2	Om	Om	4
31	Om	2	2	2	6
32	1	2	1	Om	4
33	2	2	Om	1	5
34	1	2	2	2	7
35	2	2	2	2	8
36	Om	2	1	Om	3
37	2	2	2	1	7
38	2	2	2	Om	6
39	2	1	2	2	5
40	2	2	Om	Om	4
41	1	2	2	2	7
42	2	2	Om	1	5
43	Om	2	Om	Om	2
44	2	2	Om	Om	4
45	Om	2	2	2	6
46	2	2	2	2	8
47	2	2	2	1	7
48	2	Om	Om	Om	2
49	2	2	2	2	8
50	Om	2	Om	1	3

En total podemos poner los resultados de la siguiente - manera:

Pacientes	IR
4	8
5	7
7	6
10	5
8	4
9	3
3	2
1	1
3	0

A lo anterior podemos añadir, que de los pacientes que obtuvieron un IR de 6,7 y 8 puntos, presentaron también las siguientes caracteristicas en sus respuestas:

Confabulación *
Respuestas sexuales
Pérdida de los límites de si mismo.
Concretismo
Lógica autística
Contaminación
Respuestas deteriorativas
Autorreferencias patológicas
Alucinaciones
Incongruencias marcadas

Descripciones del color.

Todas las características anteriormente mencionadas, se - consideran altamente patnogmónicas de trastornos psicóticos. 1* Ver glosario de términos básicos

C.- RESULTADOS OBTENIDOS DE LAS RESPUESTAS REALISTAS POR LAMINA.

	SUJETOS	PTJE.R. REALISTA	RESPUESTA REALISTA.
Lam 3	1	Om	----
	2	2	personas morenas, mujeres
	3	Om	----
	4	1	cuerpo de un O o de -- una O
	5	2	seres humanos
	6	Om	----
	7	Om	----
	8	2	2 personas agarradas - de la mano
	9	Om	----
	10	Om	----
	11	1	2 personas agarrando - algo.
	12	1	2 muñecos agarrando algo.

13	Om	----
14	2	2 personas agachadas.
15	1	figuras como de gente
16	2	2 personas con taparrabos.
17	2	2 personas con pechos.
18	2	2 personas de traje de mariachi.
19	Om	----
20	1	mujeres con tacones.
21	2	gente.
22	2	2 personas como esqueletos.
23	1	2 mujeres con sus pechos.
24	Om	----
25	Om	----
26	Om	----
27	Om	----
28	Om	----
29	Om	----
30	2	2 muchachas mirándose.
31	Om	----
32	1	algo así como dos personas.
33	2	2 figs de 0 ó 0 esti--

		rando una caja.
34	1	personas platicando.
35	2	2 niños ¡es Géminis!
36	Om	----
37	2	2 monos, gente con sangre.
38	2	2 personas que van decabeza p/abajo.
39	Om	----
40	2	dos monos
41	1	mujer con pechos
42	2	dos hombres
43	Om	----
44	2	humanos, un par de gentes.
45	Om	----
46	2	hombre y mujer, seria la sexualidad.
47	2	mujeres con tacones.
48	2	dos personas, dos humanos.
49	2	especie de personas -- con deformación.
50	Om	----

Buena observación ptje de 2 (cuando se da como primera --

respuesta)

Observación lenta ptje de 1 (cuando se da como respuesta-realista pero no en la primera respuesta)

Falta de observación Om (omisión; cuando no aparece la r-realista)

Lam 5	SUJETOS	Ptje R Realista	RESPUESTA REALISTA.
	1	2	murciélago.
	2	2	mariposa.
	3	2	mariposa africana.
	4	2	vampiro.
	5	2	murciélago.
	6	2	murciélago como manta-raya.
	7	Om	----
	8	2	murcielago
	9	2	vampiro.
	10	2	vampiro.
	11	2	mariposa.
	12	2	mariposa o murciélago.
	13	2	mariposa o murciélago.
	14	2	mariposa.
	15	2	mariposa.
	16	2	mariposa ó murciélago.
	17	2	murciélago.
	18	2	una mariposa.

19	2	una paloma...un vampiro.
20	2	murciélago.
21	1	una mariposa negra.
22	2	un murcielago.
23	2	un murciélago.
24	2	paisaje de vampiros.
25	Om	----
26	2	un murciélago, un vampiro.
27	Om	----
28	2	un murciélago ó una mariposa.
29	Om	----
30	2	mariposa con alas estiradas.
31	2	como vampiros.
32	2	un murciélago.
33	2	una mariposa vampirera.
34	2	vampiro.
35	2	un vampiro.
36	2	un vampiro.
37	2	un vampiro.
38	2	un vampiro.
39	2	un vampiro.

40	2	mariposa.
41	2	murciélago.
42	2	murciélago o vampiro.
43	2	murcielago.
44	2	vampiro.
45	2	mariposa.
46	2	vampiro.
47	2	como mariposa.
48	Om	----
49	2	un murciélago negro.
50	2	un murciélago.

Buena observación ptje de 2 (cuando aparece la respuesta realista como primera respuesta).
Observación lenta ptje de 1 (cuando se da la respuesta - realista pero no como primera respuesta)
Falta de observación Om (omisión; cuando no aparece la - respuesta realista).

Lam 8	Sujetos	Puntaje	Respuesta Realista.
	1	2	oso
	2	Om	---
	3	1	osos
	4	2	oso
	5	Om	---
	6	1	ratón

7	Om	---
8	1	topos.
9	1	ardillas.
10	1	ratas.
11	Om	---
12	Om	---
13	2	tigre u oso.
14	1	leones.
15	1	ranas.
16	1	panteras.
17	2	ratas.
18	1	perros.
19	2	osos.
20	2	tigres.
21	Om	---
22	1	iguanas.
23	2	leones.
24	Om	---
25	Om	---
26	Om	---
27	Om	---
28	Om	---
29	Om	---
30	Om	---
31	2	osos.
32	1	gatos monteses.

33	Om	---
34	2	ratas ó ratones.
35	2	dos puercos gemelos.
36	1	ratas.
37	2	animales como coyotes.
38	2	gatos.
39	1	ratas.
40	Om	---
41	2	leones.
42	Om	---
43	Om	---
44	Om	---
45	2	un cocodrilo y un pe-- rro.
46	2	iguanas.
47	2	ratas.
48	Om	---
49	2	ratas
50	Om	---

Buena observación ptje de 2 (cuando se da la respuesta -- realista como primera respuesta).

Observación lenta ptje de 1 (cuando se da la respuesta -- realista pero no como primera respuesta)

Falta de observación Om (omisión; cuando no aparece la -- respuesta realista)

Lam 10	Sujeto	Puntaje	Respuesta Realista.
	1	2	araña (en el D azul lateral)
	2	Om	---
	3	Om	---
	4	1	caballitos de mar (en el D verde inf)
	5	1	como animales o protozoarios (en toda la mancha)
	6	Om	---
	7	Om	---
	8	Om	---
	9	Om	---
	10	Om	---
	11	Om	---
	12	Om	---
	13	2	Como patos o abejas (en el D central amarillo).
	14	Om	---
	15	Om	---
	16	2	arácnidos (en los D laterales en azul)
	17	2	tarántulas (en los D laterales en azul)

18	1	caballitos de mar (en-el D central gris)
19	2	conejo (en el D infe--rior verde)
20	Om	---
21	Om	---
22	Om	---
23	Om	---
24	2	arañas (en el D azul - lateral)
25	1	arañas (en el D azul - lateral)
26	Om	---
27	Om	---
28	1	pajaritos (en el D in-ferior en verde)
29	Om	---
30	Om	---
31	2	arañas (en el D azul - lateral)
32	Om	---
33	1	jaibas (en los D café-azul y verde)
34	2	alacrán (en el D gris-superior)
35	2	arañas (en el D azul -

		lateral)
36	Om	---
37	1	arañas (en el D azul -- lateral)
38	Om	---
39	2	alacranes (en el D ---- azul lateral)
40	Om	---
41	2	arañas (en el D azul -- lateral)
42	1	gusanos (en el D verde e inferior)
43	Om	---
44	Om	---
45	2	tarántulas (en el D ---- azul lateral)
46	2	arañas (en el D azul - - lateral)
47	1	arañas (en el D azul - - lateral)
48	Om	---
49	2	piojos (en el D gris - superios)
50	1	arañas (en el D azul - lateral)

Buena observación ptje de 2 (cuando se da la respuesta -- realista como primera respuesta)

Observación lenta ptje de 1 (cuando aparece la respuesta- realista pero no como primera respuesta)

Falta de observación Om (omisión; cuando no aparece la -- respuesta realista)

D.- CLASIFICACION DE RESPUESTAS POR LAMINA.

Lámina # 3

Sujestos examinados 50

Respuestas realistas dadas 30

Personas 13

Cuerpo de hombre o de mujer 3

Seres humanos 2

Dos monas 1

Muñecos 1

Mujeres 5

Figuras de gente 2

Hombres 1

Dos monos 1

Dos niños 1

Lámina # 5

Sujestos examinados 50

Respuestas realistas dadas 45

Murciélago 14

Vampiro 13

Mariposa 12

Mariposa o murcielago 5

Paloma 1

Lámina # 8

Osos 5, Ardillas 1 Panteras 1

Lámina # 10

Arañas 11 (D lateral azul)

Raton 2, leones, tigres 1

Ratas 6, Iguanas 2, Perros 1

Ranas 1, Coyotes 1, Puercos 1

Gatoa 1, Topos 1, Trigre u -- oso 1

Gatos monteses 1, ratas o ratones 1

Cocodrilo y perro 1

Total de respuestas realistas dadas 30 en la lamina # 8.

Total de respuestas realistas dadas 24 en la lámina # 10

Tarántulas 2 (D lateral azul)

Caballitos de mar 2 (D inferior verde)

Pajaritos 1 (D inferior verde)

Gusanos 1 (D inferior verde)

Un conejo 1 (D inferior verde)

Alacranes (D gris superior 1; D lateral azul 1)

Piojos 1 (D gris superior)

como animales o protozoarios- 1 (toda la lámina)

Patos o abejas 1 (D central - amarillo)

jaibas 1 (en D café, azul y - verde).

CUADROS NOSOLOGICOS CON UNA MAYOR PUNTUACION EN EL - INDICE DE REALIDAD (6, 7 y 8 PUNTOS)

Casos	Diagnostico.
7	Esquizofrenia Paranoide.
4	Psicosis Tóxica
2	Esquizofrenia desorganizada
1	Psicosis Reactiva Breve.
1	Trastorno Esquizofreniforme
1	Psicosis Alcoholica.

Lámina IV - 1

DIAGNOSTICO DE PACIENTES

POR PUNTUACION DEL I.R.

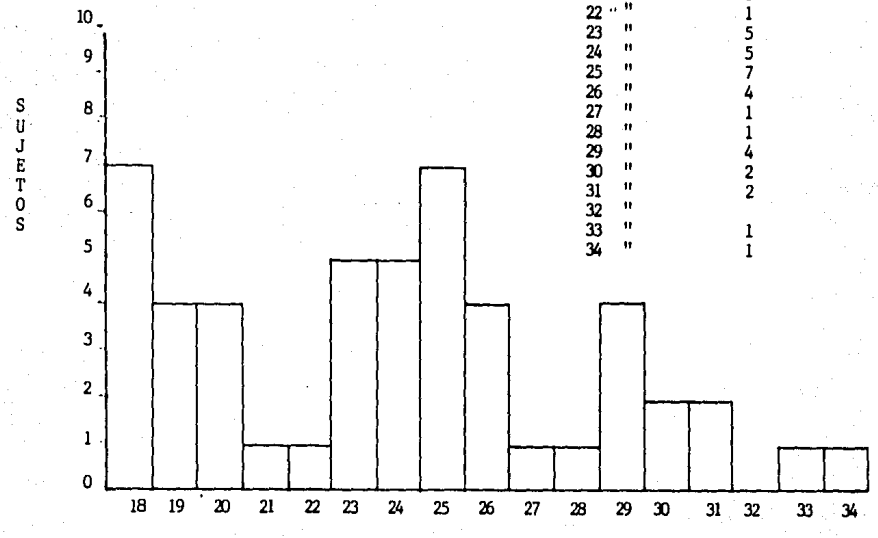
Diagnostico	Indice de Realidad	Sujeto No.
Psicosis tóxica	8	17
Psicosis tóxica	8	46
Esquizofrenia Desorganizada	8	35
Esquizofrenia Paranoide	"	49
Esquizofrenia Desorganizada	7	16
Esquizofrenia Paranoide	"	34
Psicosis Tóxica	"	37
Psicosis Reactiva Breve	"	41
Psicosis Toxica	"	47
Esquizofrenia paranoide	6	1
Psicosis alcoholica	"	4
Trastorno Esquizofreniforme	"	18
Esquizofrenia Paranoide	"	19
Esquizofrenia Paranoide	"	31
Esquizofrenia Paranoide	"	38
Esquizofrenia paranoide	"	48

Total de sujetos 16

Lámina IV - 2

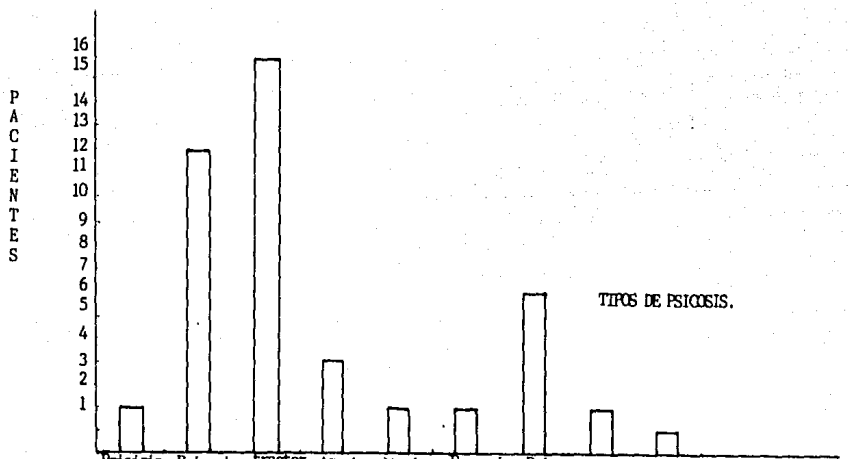
EDAD CRONOLOGICA DE LOS SUJETOS.

EDAD	SUJETOS.
18 años	7
19 "	4
20 "	4
21 "	1
22 "	1
23 "	5
24 "	5
25 "	7
26 "	4
27 "	1
28 "	1
29 "	4
30 "	2
31 "	2
32 "	
33 "	1
34 "	1

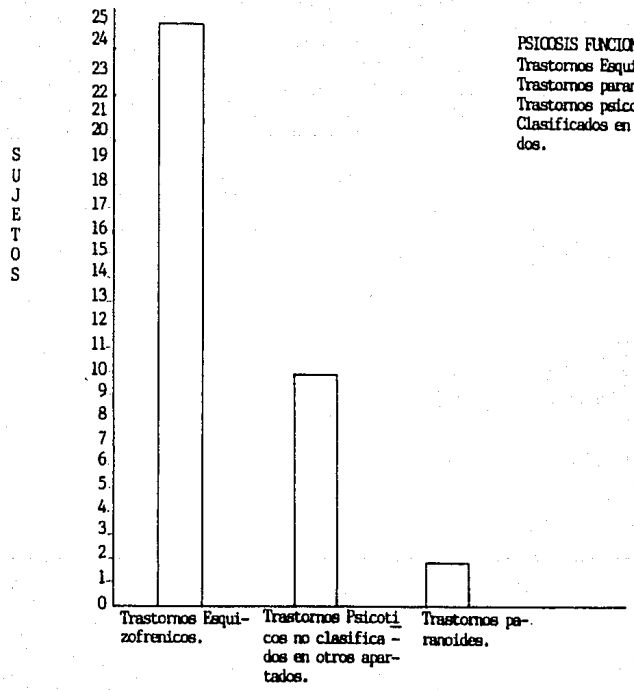


GRAFICA IV - 1

PSICOSIS ORGANICAS Y FUNCTIONALES.



GRAFICA IV - 2

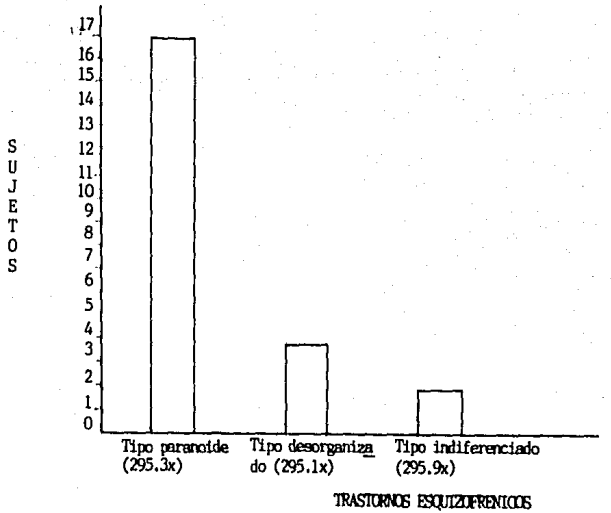


PSICOSIS FUNCIONALES.

Trastornos Esquizofrenicos	23
Trastornos paranoides	2
Trastornos psicoticos	No
Clasificados en otros apartados.	10

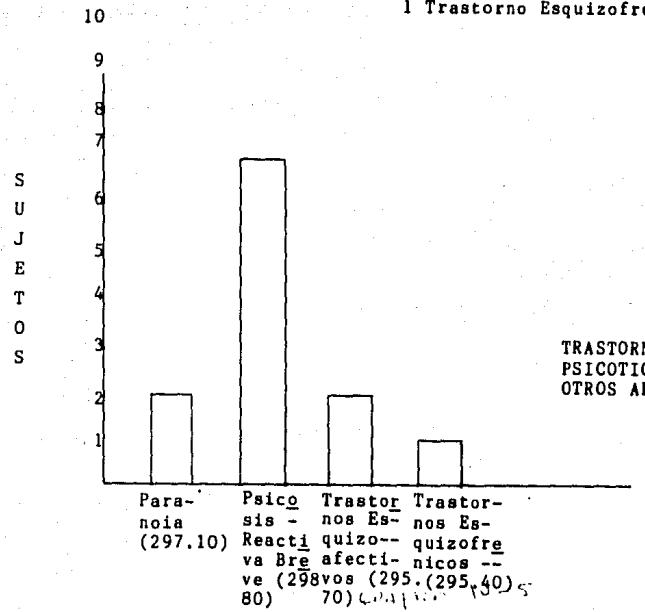
GRAFICA IV - 3

TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS.
Tipo paranoide 17 (295.3x)
Tipo desorganizado 4 (295.1x)
Tipo indiferenciado 2 (295.9x)



GRAFICA IV - 4

TRASTORNOS PARANOIDES Y
Y TRASTORNOS SPICOTICOS NO CLAASIFICADOS EN ---
OTROS APARTADOS.
2 Paranoia (297.10)
2 Psicosis Reactiva Breve (298.80)
2 Trastorno Esquizoafectivo (295.70)
1 Trastorno Esquizofrenifome ()(295.40)

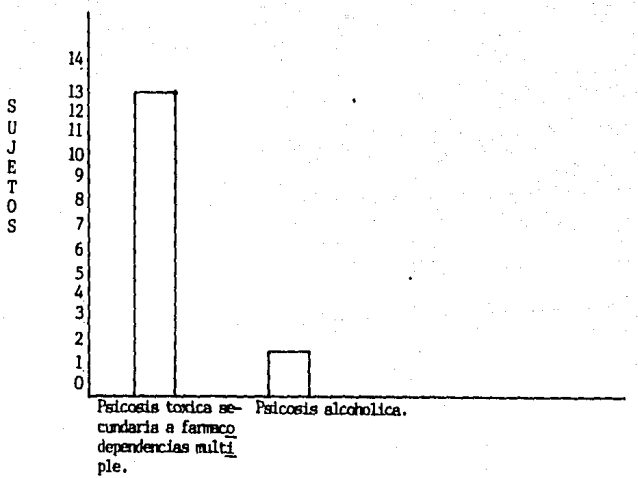


TRASTORNOS PARANOOIDE Y TRASTORNOS
PSICOTICOS NO CLAASIFICADOS EN ---
OTROS APARTADOS.

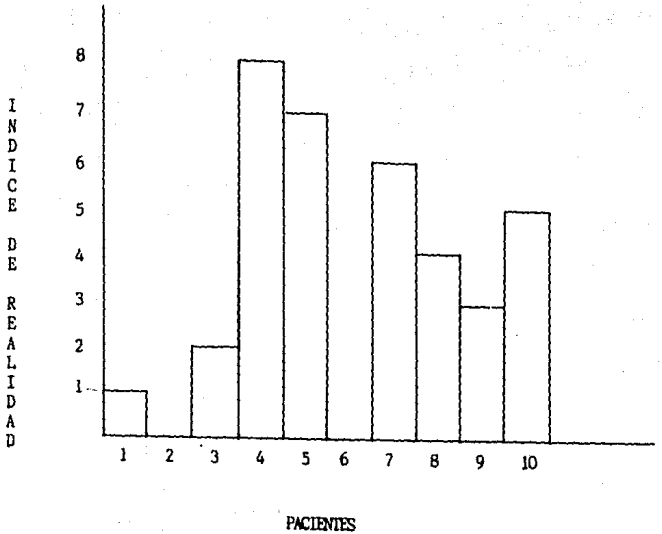
GRAFICA IV - 5

PSICOSIS ORGANICAS.

Psicosis alcoholica	2
Psicosis tóxica	13

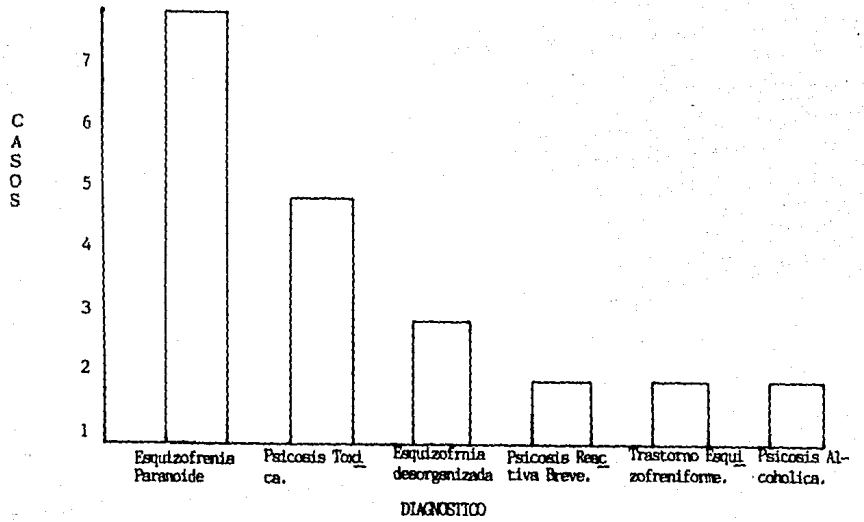


GRAFICA IV - 6



GRAFICA IV - 7

NUMERO DE CASOS POR DIAGNOSTICO CON UNA PUNTUACION DE 6, 7 u 8 EN EL INDICE DE-REALIDAD.



GRAFICA IV - 8

CONCLUSIONES
Y
SUGERENCIAS.

CONCLUSIONS.

El objetivo que se propuso al inicio de este trabajo, consistia en detectar si existe disminución en el Indice de Realidad (IR) en el paciente psicótico agudo de acuerdo a lo establecido por Stefan Neiger en el libro de Edwald Bohm sobre el test de Rorschach, para comprobar su utilidad en la evaluación de la capacidad de contacto, juicio, sentido y control de la realidad de dicho paciente, pues todos estos factores deberán presentar una disminución evidente y significativa.

Los resultados obtenidos nos permitieron verificar que las respuestas realistas dadas por una muestra de pacientes psicóticos, conforman un IR menor que el de una población considerada normal. Por lo tanto, nuestro estudio apoya la suposición de que el IR es menor significativamente en aquellos que son psicóticos, en comparación con los que no lo son.

Podmos, por lo tanto, añadir, que el test Rorschach es un instrumento útil en la evaluación de pacientes psicóticos, pues nos ayuda a captar cúando el control de la realidad se encuentra alterado e implica una relación anormal con el espacio, tiempo y valores, es decir, un distanciamiento del mundo exterior.

Cabe decir que en los pacientes que obtuvieron un alto índice

de realidad, quedan de manifiesto otra serie de anomalías en-las respuestas que dan, las cuales muestran claramente su psicopatología, además, ésto nos señala que no todos los psicóticos van a tener el mismo grado de deterioro.

El IR preservado, en este caso, no es el único índice para determinar la psicopatología en la personalidad de un individuo, sino que contamos con toda una serie de factores e índices diversos que nos ayudarán a evaluar integralmente una personalidad. El Ir es uno de tantos factores que se correlacionará con los demás elementos del test, para de esta manera -- arrojar el resultado final.

De un total de 50 pacientes, solamente cuatro obtuvieron el - IR de puntuación mas alto, que corresponde a 8 puntos. Según-Neiger, el IR de 8 habla de una gran probabilidad de esquizofrenia manifiesta. A ésto, podemos decir, que el sujeto al -- darse cuenta de su dalta de contacto con la realidad trata a-toda costa de aferrarse a ella en la situación de la prueba,-de manera que se atiene a lo obvio es un intento por recuperar esa realidad que "se le escapa de las manos".

Además en las respuestas que dan, se captan una serie de fenómenos tales como contaminación, aumento de verbalizaciones -- del tipo de las autorreferencias patológicas, verbalizaciones absurdas, incoherencias, atención hacia el test muy deficien-

te, las respuestas de M (movimiento humano) son negativas, y, en general las respuestas son raras y absurdas.

Lo citado anteriormente se cumple también en pacientes con un IR entre 6 y 7, pues Neiger considera esta puntuación la adecuada en el sujeto normal.

Estos pacientes que obtuvieron el índice esperado en las personas normales, se confirma el intento por recuperar la realidad perdida, pues de algún modo sus otras respuestas indican un apartamiento de la misma.

Tomando en cuenta que el autor señala las respuesta murcielago o mariposa como las únicas que se valoraran como realistas, sólamente hemos de agregar, que las respuestas de "vampiro" ó "paloma" en la lámina 5, en nuestra cultura son tomadas como sinónimo de murcielago y mariposa, pues se les llama palomas a las mariposas oscuras que generalmente se dan en la estación mas lluviosa del año y los murcielagos son bien conocidos como vampiros. Lo anteriormente puntualizado se da particularmente en un gremio popular y campesino y es precisamente de este sector de donde sale la mayoría de nuestros sujetos de muestra.

SUGERENCIAS.

Para poder dar una mejor perspectiva y un mayor alcance a nuestro estudio, sería conveniente que se ampliaran las investigaciones por nosotros realizadas, por ejemplo, a una población femenina de pacientes psicóticas con las mismas características, ésto, nos ayudaria aapreciar si existe también una disminución en el IR de pacientes femeninas. Por otro lado, seria razonable contemplar la posibilidad de ampliar la investigación con personas normales, para asi poder constatar la validez del IR, puede que algunos autores no lo manejan en la calificación e interpretación de Rorschach. De esta manera se podria validar su uso y consecuentemente su baja por alteraciones de tipo psicótico.

Añadiremos que será interesante efectuar un estudio a otros niveles, es decir, que se extienda a otro tipo de entidades nosológicas tales como neurosis y trastornos de la personalidad, en las cuales podriamos suponer que el IR aumentaria o disminuiria en relación con el contacto con la realidad propia de cada cuadro. Por ejemplo, en el trastorno de la personalidad Boderline o límite y en la personalidad antisocial, entre otros, quiza nos encontrariamos con una disminución debido al pobre desarrollo del sentido de realidad que pudiera afectar su contacto con ésta. De igual manera proponemos un estudio similar dividido en tres grupos que nos permita ver

los resultados obtenidos entre cada uno de ellos del Indice de Realidad. Los grupos serían los siguientes: un grupo de Síndrome Orgánico Cerebral asociado a Psicosis. Otro grupo de Psicosis Reactiva Breve, y, un último grupo de los diferentes tipos de Esquizofrenia. Comparando en cual de estos grupos aparece el mas bajo Indice de Realidad.

También se podria ampliar el intervalo de edad a grupos diversos (niños, adolescentes y personas mayores a las consideradas en nuestro estudio) con caracteristicas tanto de normalidad, como también de anormalidad.

Sugerimos asi mismo una estandarización del test de Rorschach para nuestro país, que permitiera tener parámetros propios de evaluación de acuerdo a la cultura e idiosincrasia particular de México.

Por último, hemos de agregar, que esperamos que con este modesto estudio hayamos logrado despertar inquietudes de investigación en las futuras generaciones de psicólogos y personas interesadas, en general, por el test de Rorschach y su aportación al conocimiento del individuo.

GLOSARIO DE TERMINOS BASICOS.

Agitación: estado de ansiedad asociado a una intensa inquie-- tud motora.

Agudo: cont. a crónico. Dícese de una enfermedad o síntoma -- con comienzo subito y de evolución relativamente cor-- ta.

Autística (o) lógica: es una forma del pensamiento autista e- implica que la verbalización de la res- puesta contiene enunciados de inferen-- cias y conclusiones conducentes a la -- respuesta; estas verbalizaciones sirven para probar al sujeto la verdad de la - respuesta, por lo cual deben revelar al examinador una pérdida patologica de la distancia (ver pérdida de la distancia) Dirigido hacia uno mismo.

Autorreferencia: (término usado en Rorschach). En número ele- vado, suele revelar esquizofrenia, en forma- mas matizada consiste habitualmente sólo en- referencias a vivencias propias.

Concretismo, concreción: que caracteriza una cualidad o atri- buto considerado fuera del objeto a- que pertenece. Dicese del tipo de -- pensamiento que no tiene capacidad - de abstraer o de abstracción.

Confabulación: relleno inconsciente de lagunas mnesicas a base de imaginar experiencias que, de hecho, no tienen fundamento alguno.

Contacto de la realidad: es la capacidad de relacionarse con lo real.

Contaminación: consiste en unir varios elementos (objetos, -- ideas, etc) en una sola interpretación (en un solo concepto) patologica. Esto puede apreciarse en los esquizofrenicos.

Control de la realidad: consiste en lograr una evaluación y - juicio objetivo del mundo externo.

Denominación del color: (término usado por Rorschach). Es la denominación o lista de los colores - como una respuesta primaria directa - del sujeto. Estas respuestas aparecen en la esquizofrenia, en la oligofre-- nia y en sujetos esquizoides.

Despersonalización: sensación de irrealidad de uno mismo, o - del ambiente del sujeto. Se observa en esquizofrenicos sobre todo en las fases iniciales de descompenzación.

Desrealización: estado en el cual una persona pierde el sentimiento de su propia realidad o siente su cuerpo como irreal. Todas las cosas parecen como soñadas y las acciones propias o de los otros se observan como indiferentes y con desapego.

Distancia pérdida de: (término usado en Rorschach). Es cuando el sujeto reacciona ante la lámina como si se tratase de una realidad inmutable que debe afrontar mediante el razonamiento y reacciona con el afecto según cada caso.

Esquizofrenia: (literalmente "disociación mental"). La palabra esquizofrenia ha reemplazado en gran parte en el uso científico a la expresión demencia precoz. Evita implicaciones referentes a la edad de su iniciación y al aspecto de la perturbación, e insiste en los fenómenos de disociación, por ejemplo alucinaciones, ilusiones fantasticas y vida emotiva desorganizada, junto con una consistencia intelectual relativa. Algo mas amplio que demencia precoz, ya que incluye, basandose en síntomas disociativos, casos que apenas merecian ese nombre.

Estereotipia: fenómeno patológico que consiste en la repetición interminable de palabras fragmentarias o aparentemente sin sentido.

Indice de realidad: uno de los índices usados en el test de Rorschach que sirve para detectar el buen contacto, control y sentido o juicio de la realidad.

Juicio de la realidad: (sin sentido de la realidad). Tener -

una percepción íntegramente adecuada - de la realidad. Tener una visión del - mundo objetivo. habilidad de verlo de- un modo impersonal lo cual sirve como- ayuda para un ajuste controlado. Capa- cidad de ser impersonal sin dejar de - reaccionar a los impactos emocionales- exteriores.

Límites del Yo: cambio en la conciencia de la propia activi-- dad la cual empieza a aparecer como ajena. Dificultad en la conciencia de estar separado - del medio ambiente, cuando no exist el sentido de dicho límites.

Patonogmónico: presencia irrevocable de lesiones o síntomas - en una enfermedad dada.

Pérdida de los límites de si mismo. pérdida en los límites -- del Yo.

Psicosis: Cualquier estado psíquico anormal o patologico que- tiende a constituir una entidad morbosa.

Psicosis funcional: trastorno mental que se formula esencial- mente en términos de conducta, sin refe-- rirse a factores estructurales.

Psicosis organica: cualquier perturbación mental debida a cambios estructurales en el cerebro.

Realidad: Totalidad de las cosas objetivas y los acontecimientos factuales.

La realidad incluye todo lo percibido por los sentidos de una persona y que es valido para otras.

Respuestadeteriorativa: (termino usado en Rosrschach). Son -- las respuestas que tienden a aparecer con preservación, indican la vivencia interior de desorganización de la personalidad que padece el esquizofrenico.

Respuesta popular: Son las respuestas que segun Rorschach son dadas por el 33% de las personas normales. Estan algo influidas por los factores ambientales y culturales.

Respuesta realista: Son las respuestas que segun Neiger aparecen en ciertas láminas de Rorschach (3, - 5, 8 y 10) con mayor frecuencia.

Respuesta sexual: son las respuestas referidas a las partes - sexuales. Indican inquietudes sexuales y a- veces cierto exhibicionismo. Dentro del orden patologico se presentan casi exclusivamente en los preesquizofrénicos y esquizó-- frenicos.

Sentido de la realidad: (sin. juicio de la realidad) ver juicio de realidad.

Sentido del Yo: el sentido o la conciencia que se tiene de -- se uno mismo.

Verbalización desviada: (término usado en Rorschach). Se en--

tiende por aquellas verbalizaciones - que indican una patologia esquizofrenica.

BIBLIOGRAFIA.

1.- Anderson & Anderson. Técnicas Proyectivas del Diagnostico Psicologico. Rialp, S.A. Madrid, 1966.

2.- Bhom Edwald. Manual del Psicodiagnostico de Rorschacha. Ediciones Morata, Madrid, 1979.

3.- Cazo Muñoz Agustín. Psiquiatria. Editorial Limisa, S.A. Mexico 1979.

4.- Contreras Mujica Armida, Pesqueira Leal Leticia, Villaseñor Medina Elia Ma. Determinación de las Respuestas - de Detalle Grande y de Respuestas Populares en el Test- de Rorschach en una población Mexicana. Tesis Profesional, U.A.G. Guadalajara, Jal., 1983.

5.- Fish. Frank. Psicopatologia Clinica. Editorial Aleph, - S.A. Mexico 1972.

6.- Freedman Alfred M., Kaplan Harold I., Sadock Benjamin J Tratado de Psiquiatria Tomos I - II. Salvat Editores, - S.A. Barcelona 1982.

7.- Glass Gene V., Stanley Julian G. Método Estadisticos -- Aplicados a las Ciencias Sociales. Editorial Prentice--

Hall/Internacional, México 1974.

8.- Gongora Romero Rosa Ma. Manual Introductorio para la calificación del Psicodiagnostico de Rorschach. Publicación - del centro de orientación y asesoria de la división de humanidades y ciencias sociales. Universidad de Monterrey.

9.- Klopfer Bruno, Douglas Kelly. Técnica del Psicodiagnostico de Rorschach. Paidos, Buenos Aires 1979.

10.- Klopfer Bruno, Davidson Hellen. Manual Intoductorio a la- Técnica del Rorschach. Paidos, Buenos Aires 1979.

11.- Kolb Lawrence C. Psiquiatra Clinica Moderna. Editorial la Prensa Medica Mexicana. Mexico 1974.

12.- Portuondo Juan A. El Psicodiagnostico de Rorschach en Psicologia Clinica. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid 1976.

13.- Rorschach Hermann. Psicodiagnostico. Paidos, Buenos Aires 1977.

14.- Psicologia y Vida.
Floyd d. Ruch. Philip G. Zimbardo. Editorial Trillas. Mexico, 1980.

15.- Warren C. Howard. Diccionario de Psicologia. Fondo de -- cultura Economico, Mexico 1979.

16.- D.S.M. III Manual Diagnostico y Estadistico de los trastornos Mentales. Editorial Masson, S.A. Barcelona 1983.