

UNAM 1976-113 E. 1

UNAM

FACULTAD DE PSICOLOGIA

NO
ESTÁ
EN
LIBRERIA



HALLAZGOS PSICOMETRICOS EN
EZQUIZOFRENIA PARANOIDE

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLGIA

P R E S E N T A :

LETICIA DE LA TORRE ANDRADE



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres,

mi amor y agradecimiento por
sus sacrificios, para reali-
zar una de mis más grandes -
aspiraciones.

A mis hermanos, Manolo y
Gloria, mi inmenso cariño.

01372

A MI ASESOR

Dr. Félix Velasco A.

mi gratitud y cariño, por
su valiosa colaboración -
para la realización de es
te trabajo.

A mi maestro

Autreberto Mondragón,

por su valiosa ayuda.

A mis maestros:

Dr. Abraham Fortes,

Dr. Julián Macgregor,

Dr. Luis Lara Tapia,

**mi gratitud, admiración y
respeto.**

I N D I C E

INTRODUCCION _____	Pag. 1-3
CAPITULO I	
1.1 Concepto y Definición de Esquizofrenia _____	4-22
1.2 Algunas consideraciones sobre el deterioro en Esquizofrenia _____	23-30
1.3 La Esquizofrenia Paranoide _____	31-39
1.4 Algunos conceptos sobre Inteligencia _____	40-51
1.5 Consideraciones Generales de las Escalas para medir Inteligencia _____	52-61
1.6 Algunos aspectos del WAIS y el BENDER en Esquizofrenia, y Esquizofrenia Paranoide _____	62-70
CAPITULO II MATERIAL Y METODO	
2.1 Material _____	71-
2.2 Método _____	71-72
2.3 Generalidades del WAIS _____	72-73
2.4 Generalidades del BENDER _____	74-
2.5 Selección de pacientes _____	75-
2.6 Revisión de Pruebas Psicológicas _____	75-76
2.7 Hipótesis de Trabajo _____	77-
CAPITULO III RESULTADOS	
3.1 Resultados de Datos Personales _____	78-82
3.2 Resultados del WAIS _____	83-89
3.3 Resultados del BENDER _____	90-97

Pag.

CAPITULO IV	ANALISIS ESTADISTICO	
4.1	Obtención de la Media y de la Desviación Estandar _____	98-101
4.2	Prueba de Hipótesis _____	101-102
4.3	Coefficiente de Correlación del subtest de Vocabulario y demás subtests del WAIS	103-104
CAPITULO V	CONCLUSIONES Y COMENTARIOS _____	105-111
	APENDICE # 1 _____	112-124
	APENDICE # 2 _____	125-130

INTRODUCCION

Si hacemos uso de la Historia, nos podemos dar cuenta de la evolución que ha sufrido el manejo que se les ha venido dando a los enfermos mentales a través del tiempo, y el cuál ha variado: desde el profundo respeto que en una época se les profesó, por considerarlos seres especiales poseedores de poderes sobrenaturales, hasta recluirlos en tétricos calabozos, abandonándolos a su propia suerte hasta morir; o bien, quemarlos en hoguera, tomándolos como seres malignos poseidos del "demonio".

Entre estos dos extremos, y gracias a una explicación humana del padecimiento, se abandonaron antiguas prácticas de sacrificio y tortura, dando paso a un trato más comprensivo de los enfermos mentales, buscando un alivio para sus "males", y mitigando sus penas.

Un avance posterior permitió una comprensión más amplia de la enfermedad mental que nos ocupa, la cuál fué distinguida como Demencia Precoz, y que posteriormente tomó el nombre de Esquizofrenia. En base a la observación de gran número de enfermos mentales considerados como esquizofrénicos, se dividió a la Esquizofrenia en cuatro entidades nosológicas distintas, clasificándolas según la sintomatología que presentaban los enfermos, con el objeto de hacer algo más por éstos, que sobrellevar sus sufrimientos. Es decir: ahora no solo se pretendía mitigar penas, sino curar la enfermedad.

Y si con Bleuler descubrimos la Demencia Precoz, y con Krae

pelin las esquizofrenias: Simple, Hebefrénica, Catatónica y Paranoide, la investigación científica aún sigue urgando con el propósito de descubrir todos los factores que intervienen en dicho padecimiento. En el presente se investiga la relación de múltiples variables internas y externas que lo pueden desencadenar, - como por ejemplo: el medio ambiente en el que se desarrolló el Sujeto, o factores biológicos, hereditarios, o la capacidad intelectual con que cuenta, etc.

Una de las causas que me motivaron a realizar el presente estudio, es la gran diversidad de opiniones que existen en Psiquiatría con respecto a la relación que hay entre Esquizofrenia Paranoide e Inteligencia. En este trabajo se pretende investigar precisamente lo anterior, es decir: si los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide tienen un Cociente Intelectual - elevado como algunos autores afirman, o bien, ésto es solo un -- prejuicio.

En la actualidad, cuando llega un enfermo mental a un hospital, en la mayoría de las veces no se consideran todos los recursos intelectuales para reistaurarlos en su sociedad como personas activas, sino que los psiquiatras se preocupan casi exclusivamente por disminuir al máximo la sintomatología, dándolos de alta en cuanto ésto sucede, sin hacer mayor caso por su readaptación familiar y social.

La importancia de conocer el Cociente Intelectual (C.I.) -

de los Esquizofrénicos Paranoides, estriba en el hecho de que - si se profundiza en su estudio, tanto los psiquiatras, como los psicólogos y demás técnicos de la conducta, podrán aprovechar -- estas experiencias que se traducirán en mejores técnicas de reha**bi**litación, con lo cuál se podrá reintegrarlos con mayor celeri--dad a la sociedad, readaptándolos de ser posible para su particicipación dentro de la población productiva.

C A P I T U L O I

CONCEPTO Y DEFINICION DE ESQUIZOFRENIA.

CONCEPTO Y DEFINICION

DE

ESQUIZOFRENIA

Resulta muy difícil llegar a establecer el concepto de Esquizofrenia en una breve y clara definición, dada la gama de síntomas que presenta dicho cuadro, más no por eso debemos considerarlo imposible.

Las diversas concepciones que hasta el momento se han planteado, responden cada una de ellas a los diversos objetivos o puntos "nodales" que los autores consideran como el fenómeno central de la Esquizofrenia. Entre los principales factores que influyen determinadamente en su aparición, se encuentran: las fuerzas genéticas, las deficiencias cualitativas en la relación madre-lactante, la naturaleza de las relaciones interpersonales, y la psicodinamia posterior en la familia, durante los períodos de desarrollo.

Así pues, mientras que algunos autores se limitan a hacer una descripción sintomática, otros en cambio incluyen dentro de su definición, además de los síntomas característicos, su etiología. En este punto hay que subrayar así mismo, que mientras que en algunos trabajos se señala explícitamente un origen de causa psicogenética, otros en cambio, mencionan un origen puramente genético, en una tercera posición estarían aquéllos que señalan como su etiología, causas endógenas y / o exógenas, y por último,-

quienes se centran en una etiología socio-familiar.

La importancia de cada una de estas consideraciones teóricas, estriba en el hecho de que a través de la forma de conceptualizar una entidad determinada, lleva implícita la forma de entender dicho fenómeno, y por consiguiente, las formas de tratamiento y de pronóstico, etc.

Algunos autores afirman que la Esquizofrenia les será comprensible a través del estudio propositivo de mecanismos Psicológicos de su producción, es decir: la inadaptación del individuo a un medio determinado, ya que para ellos, hasta el momento no ha sido posible determinar su explicación última únicamente a través de un proceso orgánico, y por lo tanto, los aspectos psicológicos son de suma importancia en la comprensión de la misma.

Otro aspecto del problema en la época actual respecto a la Esquizofrenia, es: que aunque se han llegado a explorar y dilucidar algunos cambios que se presentan a nivel bio-químico, en este padecimiento, éstos no se nos presentan con claridad necesaria -- para comprenderla en mejor forma, y para aplicarle un tratamiento integral eficaz, que el que hoy en día se ha logrado a través de la quimio-terapia.

Por tal motivo, considero necesario que en el presente estudio se haga una presentación resumida de las diversas concepciones que sobre la Esquizofrenia se han presentado, y que por su importancia en la Psiquiatría Moderna, han dado paso a numerosas in

vestigaciones.

Fué Morel(1), quien por primera vez utilizó el término de -- "demencia precoz", interpretándola como una "detención del desarrollo", que debería agruparse junto con la debilidad mental, entre las variantes de la degeneración intelectual, física y moral, resultante de factores hereditarios.

Hecker(2), por el año 1871, hizo la descripción de un cuadro al que dió el nombre de hebefrenia, refiriéndose a él como: "una enfermedad progresiva de la pubertad y la adolescencia, una sucesión de diversas formas (melancolía, manía y confusión) y una rápida evolución que termina en un debilitamiento psíquico y deterioro final".

Posteriormente, en 1874, Kahlbaum(3), describe otro cuadro - al que denomina "catatonia", o bien "locura de tensión", siendo éste el síntoma de una enfermedad de "estructura cerebral".

Kraepelin(4), fué quien postuló en 1896, que podía haber un común denominador entre síntomas tan aparentemente distantes, como la hebefrenia de Hecker, la catatonia de Kahlbaum y la forma -

- 1.-Morel, Cit. Slater, E. Roth. M.: Mayer-Gross, "CLINICAL PSY---CHIATRY", Slater and Roth, 1969. p.237.
- 2.-Hecker, Cit. Gregory Ian. "PSIQUIATRIA CLINICA". Edit. Interamericana, 1970, 2a. Ed. p.417.
- 3.-Kahlbaum, Cit. Lehmann H.: "Schizophrenia I: Introduction and History" "COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY". Freedman, A.-M. Kaplan, H.I. 1967, p.593.
- 4.-Kraepelin, Cit. Shader, R. Jackson A.: "approaches to Schizophrenia". "MANUAL OF PSYCHIATRIC THERAPEUTICS. 1975, p.63.

paranoide, que en 1893, él había postulado, y la que se caracterizaba por ideas delirantes no sistematizadas de grandeza, de poder etc. alucinaciones y poca alteración de la conciencia, habiendo sido ya descrita anteriormente, aunque en forma vaga e imprecisa, en la literatura psiquiátrica.

Kraepelin(5) definió la demencia precoz como un síndrome preciso, clasificándolo en cuatro tipos: simple, hebefrénico, catatónico y paranoide; con una descripción detallada de síntomas, e hizo incapié en un criterio pronóstico, y una tendencia hacia el deterioro final, concluyendo en estado de demencia. Estos fueron algunos elementos que él tomó en cuenta para agrupar dichos cuadros en una sola entidad, dándolos a conocer en la 2a. edición de su famosa Psiquiatría. Para él los síntomas aislados en sí mismos no tenían ninguna importancia sindromática.

Adolf Meyer fué uno de los primeros investigadores en referirse a factores de aprendizaje como concomitantes de la aparición de la Esquizofrenia. En 1906, postuló que la demencia precoz "era la resultante de una acumulación de hábitos defectuosos de reacción e intentó correlacionar los hábitos defectuosos prepsicóticos, con los síntomas totalmente desarrollados.(6)

Pero fué Bleuler(7), quien en 1911 utilizó por primera vez el término Esquizofrenia, para referirse a los cuadros que Krae-

5.-Kraepelin, Cit. Slater, E.: Op. cit. p.237.

6.-Idem.

7.-Bleuler, E.: "DEMENCIA PRECOZ". Edit. Horne, 1960, p.15.

pelin denominó "demencia precoz", ya que él no estaba muy seguro de que el síndrome que señalaba Kraepelin tuviera una unidad nosológica.

Y así vemos que en su libro "DEMENCIA PRECOZ, o GRUPO DE LAS-ESQUIZOPRENIAS", Bleuler expresa: "con el término Demencia Precoz o "Esquizofrenia", designamos a un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, y a veces está marcado por ataques intermitentes y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero no permite una completa restitutio ad integrum. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, los sentimientos y la relación con el mundo exterior que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular".(8)

Aquí puede apreciarse el énfasis que hace en el aspecto irreversible del padecimiento, al expresar que "no permite una completa restitutio ad integrum", así como también enfatiza las características que él supone como las más esenciales.

En la actualidad existen diversos puntos de vista sobre el concepto de Esquizofrenia, considerando como parte útil de nuestro trabajo, hacer una presentación resumida de algunos autores:

Henry Ey(9), uno de los exponentes más importantes de la Psiquiatría Europea señala: "Psicosis esquizofrénica, se entiende por tal, a un conjunto de trastornos en los que domina la discor-

8.-Idem.

9.-Ey, Henry.: "TRATADO DE PSIQUIATRIA", Edit. Toray/Masson, 2a. Ed. 1969, p.532.

dancia, la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia afectiva, el autismo, las ideas delirantes y las alucinaciones mal sistematizadas, y perturbaciones afectivas profundas, en el sentido des-
desapego y de la extrañeza de los sentimientos, trastornos que -
tienden a evolucionar hacia un déficit y hacia una disociación -
de la personalidad.

Henry Ey hace énfasis en el fenómeno de una "transformación profunda y progresiva de la enfermedad", así como, es básico el proceso de "perdida de la comunicación", que es lo que en última instancia conduce al individuo al autismo. Su enfoque para la --
clasificación de la Esquizofrenia, es ante todo descriptivo, to-
mando en cuenta lo que se está "dando", y omitiendo en cierto --
sentido, los procesos internos que determinarán la presencia de
dicha sintomatología en el individuo.

Para Kasanin(10), es ésta la enfermedad más desconcertante de -
la Psiquiatría, si no es que de toda la medicina. Las principa--
les características de dicha enfermedad son: un deterioro inte--
lectual y una marcada perturbación de la vida emocional. Esta de
mencia final fué la que hizo la clasificación de Kraepelin inex-
pugnable hasta la fecha, en vista de que la deterioración fué la
base para su clasificación.

Kasanin postula que la deterioración intelectual es una ca--
racterística fundamental de la Esquizofrenia. No obstante, parece

10.-Kasanin, J.S.: "LENGUAJE Y PENSAMIENTO EN LA ESQUIZOFRENIA",-
Edit. Horme 1958, p.17.

ser que todos los autores que como él sostienen este enfoque, --
 tienden a presentar una limitación en la visión conjunta del pro-
 ceso esquizofrénico. Desde hace varios años ha sido tarea de mu-
 chos investigadores, el señalar que este cuadro: a).-no necesaria-
 mente se presenta en la pubertad o al inicio de la edad madura; -
 b).-No necesariamente produce demenciación, y c).-Algunos indivi-
 duos se demencian tardíamente. En último término consideramos que
 es necesario señalar lo que significa la demenciación en Esqui-
 zofrenia.

S.H. Frazier(11), define a la Esquizofrenia como: "desorgani-
 zación de la personalidad, de carácter grave, a veces con manifes-
 taciones de síntomas psicóticos, afirmada sobre un defecto básico
 en la interpretación de la realidad que sólo se descubre con gran
 perspicacia. Las características típicas son: a).-Gran distorsión
 de los procesos del pensamiento; b).-Alteraciones del afecto; ---
 c).-Alteraciones de los límites del Yo; d).-Dificultad en las re-
 laciones personales, que puede tener como base un deterioro cróni-
 co de la facultad de experimentar placer.

W.Mayer gross(12). da la siguiente definición: Esquizofrenia
 "es un grupo de afecciones mentales caracterizadas por síntomas -
 psicológicos específicos, y que provocan la mayoría de los casos-
 una desorganización de la personalidad del enfermo.

11.-Frazier, S.H.: "INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA", Edit. El -
 Ateneo 1969, p.117.

12.-W. Mayer-Gross.: "CLINICAL PSYCHIATRY", Edit. Bailliere, Tin-
 dall and Cassell, 1970, p.237.

Tanto Frazier como Mayer Gross enfatizan que el elemento básico de la Esquizofrenia es la "desorganización de la personalidad", y consideran que las demás características serían complementarias, pudiendo o no presentarse en un cuadro determinado en un sujeto dado.

En general la teoría Psicoanalítica sostiene que en el esquizofrénico, los primeros períodos de la relación madre-lactante, deben haber sido deficientes, puesto que la patología del enfermo adulto sugiere una regresión hacia conductas infantiles, que se revela en el comportamiento omnipotente, en las reacciones de rabia infantil y en la incapacidad para percibir la realidad.

Sin embargo, es poco probable que los trastornos en los primeros cuidados maternos por sí solos, puedan explicar toda la gama de la patología del esquizofrénico, como por ejemplo: la alteración en el sentido de identidad que a menudo se asocia a una confusión en el papel sexual, uso de procesos primitivos del pensamiento y comunicación, la falta de habilidad para discriminar la realidad de la fantasía, la incapacidad para establecer y mantener relaciones interpersonales. Es más probable que estas fallas en el desarrollo aparezcan en etapas posteriores, o se deban a distorsiones en el proceso del desarrollo de la personalidad.

Gran parte de la psicopatología podría entenderse como el resultado de deficiencias y distorsiones en las transacciones fami-

liares, que impiden que en el esquizofrénico incipiente se establezcan patrones eficaces de comportamiento. Las aspiraciones exageradas, y sentimientos de vergüenza ante la falta de éxito, la culpabilidad asociada a la represión de la ira, amor o ternura, son testimonios de que el individuo ha pasado por experiencias inadecuadas de aprendizaje de las exigencias sociales, y las ha internalizado en forma de funciones hipertrofiadas del superego. No obstante aún no se ha estudiado cuál es el proceso a través del cuál se estructura el superego exigente, y el ideal del ego dentro de la familia del esquizofrénico. Quién también debe haber sufrido deficiencias posteriores en las relaciones de objeto extrafamiliares, y por lo tanto el conflicto psicológico se presenta por las defensas limitadas y la escasa capacidad adaptativa.

Dado lo anterior, vale la pena hacer mención de los estudios de patología familiar que hasta el momento se han llevado a cabo.

Un postulado básico en el estudio de la familia, es el que considera que el paciente es solo una manifestación de la patología familiar y que los trastornos mentales graves de un individuo guardan una relación causal con la existencia de enfermedad mental o psicopatología de los padres.(13)

Bowen(14), habla de "divorcio emocional" para caracterizar a las parejas matrimoniales en las cuáles existen desacuerdos mani-

13.- Weiner, "D. Herbert.: "Schizophrenia Etiology: Characteristics of Parents". Op. Cit. Freedman, A.J. Kaplan, H.p. p.610

14.-Idem.

fiestos, pero no sentimientos compartidos. O en los cuáles, marido y mujer presentan una "fachada" compatible al mundo, pero no pueden tolerarse entre sí en privado. Cuando el miembro inadecuado de la pareja es la esposa, comunica sus sentimientos de inadecuación al niño, siendo para ella una amenaza también, la creciente independencia del niño.

Whinne(15) ha conceptualizado la patología de la familia del niño esquizofrénico, en términos de la teoría de los roles. Llega finalmente a afirmar que algunos trastornos psicológicos específicos formales, son una consecuencia de internalización de aspectos patológicos de la organización familiar.

Por otra parte, refiriéndose específicamente a las características de los padres, describe a la madre como agresiva, rechazante, dominante e insegura. Y al padre como inadecuado, pasivo, indiferente. Otros consideran a éste: como directamente dominador agresivo o brutal, o como abrumador para el niño.

A veces la madre es descrita como inquieta, y sobreprotectora, que forma con el hijo una unión simbiótica, la cuál en ocasiones se manifiesta claramente en una forma extrema de psicosis simbiótica.(16)

Otros investigadores señalan que el esquizofrénico percibe -- uno u otro de los padres como autoritarios. O bien, otros encuentran diferencias entre las madres de los esquizofrénicos y las de

15.-Weiner, H. M. D. Op. Cit. Freedman, A.M. Kaplan, H.I. p. 610.
16.-Idem.

los neuróticos. Las madres de los esquizofrénicos tendían a no entender las necesidades y los sentimientos de sus hijos, eran hiperposeivas y a menudo hostiles para con los hijos. Alanen(17) - ha sugerido que este tipo de madres trata a sus hijos como ella - fué tratada por su propia madre.

Finalmente, en lo que se refiere a las teorías socio-culturales, podemos decir que se han dado diversas interpretaciones a hechos tales como: el stress ocupacional, o el escaso prestigio asociado a determinadas ocupaciones. Se creó que tales factores precipitan la enfermedad. Sin embargo es difícil determinar el factor desencadenante de la Esquizofrenia.

Por otra parte, en algunos libros de texto encontramos conceptualizaciones importantes, que a continuación mencionamos:

Mackinnon-Michels(18) expresan que "el síndrome de la Esquizofrenia es variado en su psicopatología, su psicodinamia, su etiología y su curso clínico". Dos pacientes diagnosticados ambos como esquizofrénicos, parecen acaso totalmente distintos. "Esta - variabilidad ha conducido a la comprensión de la Esquizofrenia, - no como una sola entidad, sino como un grupo de entidades clínicas". Señalan además: "El paciente esquizofrénico padece trastornos en diversas áreas de las funciones psicológicas. La dificultad aparente puede comprender patrones de conducta y relaciones -

17.-Alanen,Cit. Weiner, H.M.D. Op. Cit. Freedman, A.M. Kaplan, H. I. p.610.

18.-Mackinnon-Michels. "PSIQUIATRIA DINAMICA APLICADA". Edit. Interamericana 1975, p.213.

interpersonales manifiestas, procesos mentales subjetivos e inclusive, regulación fisiológica".

Igualmente, Noyes-Kolb(19) hacen manifiesto el hecho de que en la actualidad, a pesar de los innumerables trabajos dirigidos a la consecución de una definición universalmente aceptada, ésta no ha llegado a ser posible. No existe una definición de esta enfermedad que haya recibido aceptación universal. En consecuencia esto determina que exista una inclinación cada vez mayor a pensar que "Esquizofrenia" es el término que designa a cierto tipo de pautas de reacción, más o menos similares, ante situaciones vitales que para el individuo es demasiado difícil encarar.

Para Meyer (20), la Esquizofrenia "puede entenderse como una organización de hábitos, que resulta de una desadaptación progresiva en la cuál "el esquizofrénico", en vez de encarar los problemas con una acción decisiva, sustituye dicha acción con tentativas defectuosas o ineficaces para evitarlos"

En igual sentido, C. Hofling(21) expresa:"este término es empleado para abarcar distintas normas de acción, morbósas (aparentemente) relacionadas, cuya patogenia es compleja, así con certidumbre producida por múltiples factores y que difiere de un paciente a otro"

19.-Noyes-Kolb: "PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA". Edit. La Prensa Mexicana, 4a. Ed. p.412.

20.-Mayer-Gross, W. Op. Cit., p.237.

21.-Hofling, Charles K. "TRATADO DE PSIQUIATRIA", Edit. Interamericana, S.A. 1967, p.292

En el Glosario de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana - (22) se ha definido a la Esquizofrenia como: un trastorno emocional grave, de profundidad psicótica que se caracteriza de modo notable por la huida de la realidad, con producción de delirios, alucinaciones, disarmonía emocional y conducta regresiva.

En nuestro siglo, distintos autores han considerado a un aspecto de particular importancia en la sintomatología, como el rasgo más característico de la Esquizofrenia, y han sido entre otros: el trastorno del raciocinio, la respuesta emocional inapropiada o superficial, la capacidad alterada de experimentar placer (anhedonia), el aislamiento del contacto social, y de la realidad, la conducta regresiva, o el pronóstico a menudo desfavorable.(23)

En general, podemos decir que éstas definiciones son meramente descriptivas, y que resultan útiles como parámetros precisos en una determinada nosología.

En el Diccionario de Psiquiatría de J.A. Brusel(24) se define a la Esquizofrenia como: "La psicosis más común, caracterizada por aislamiento, regresión, infantilismo, conducta asocial, alucinaciones, delirios e ideas aberrantes".

Por otro lado, el Diccionario de Psicología de Howard C. Warren(25) la define literalmente como sigue: "Disociación mental.

22.-Gregory, Ian. Op. Cit. p.418

23.-Idem.

24.-Brusel J.A. et all. "DICCIONARIO DE PSIQUIATRIA". 1er. Edición, 1972.

25.-Warren, Howard C. "DICCIONARIO DE PSICOLOGIA", Edit. Fondo de Cultura Económico, 7a. Ed. p.121.

La palabra Esquizofrenia ha reemplazado en parte el uso científico de la expresión demencia precóz..Evita implicaciones referentes a la edad de su iniciación y al aspecto de la perturbación, e insiste en los fenómenos de disociación, por ejem.: ilusiones fantásticas y vida emotiva desorganizada, junto con una consistencia intelectual relativa. Algo más amplio que demencia precoz, ya que incluye basándose en síntomas disociativos, casos que apenas merecerían ese nombre."

Brendan A. Maher(26) la define como "una categoría general -- descriptiva, incluye una proposición más extensa de pacientes, en la mayor parte de los Hospitales Mentales. Ya sea como un estado o grupo de estados, o bien, como uno o varios procesos, los enigmas presentados por la conducta de esta clase de pacientes siguen estando sin haber sido resueltos, en una medida significativa.

En sus apuntes de Psiquiatría Clínica, el Doctor Patiño(27)-- expresa: "Desde el punto de vista clínico conceptual, es conveniente hablar de esquizofrenias, y no de Esquizofrenia a secas. Ello se debe básicamente a que los pacientes así conceptualizados tienen una sintomatología muy variable y polimorfa.

Es importante incluir dentro del presente trabajo, la clasificación que de las diferentes conceptualizaciones de Esquizofrenia

26.-Maher Breendan A. "PRINCIPIOS DE PSICOPATOLOGIA" (un enfoque - experimental). Edit. Libros Mc Graw-Hill 1970.

27.-Patiño, J.L. "APUNTES DE PSIQUIATRIA CLINICA". Hospital Fray-Bernardino Alvares, Vol. II.

hace Kaplan en su "Compendio de Psiquiatría"; Los psiquiatras sostienen diversas teorías sobre las causas de la Esquizofrenia, que van desde las que se centran en una única causa, hasta aquéllas -- que atribuyen su aparición a una interacción compleja entre muchos factores. Estas teorías se pueden resumir de modo siguiente:

1.-La Esquizofrenia es una enfermedad que refleja un defecto-material en un sistema orgánico, quizá el cerebro. Este defecto -- puede ser provocado por un defecto hereditario, congénito, metabólico o estructural; por un agente exógeno, tal como un virus, o -- una bacteria, o por una fuente endógena, tal como las glándulas en dócrinas, la aparición en el curso y el pronóstico de la enfermedad están determinados por consiguiente, por la causa responsable.

2.-La Esquizofrenia es una enfermedad física que predispone a quien la padece a limitaciones en su adaptación y disminuye por lo tanto su capacidad de enfrentarse con el stress.

3.-Los esquizofrénicos no están enfermos. Por razones complejas: biológicas, funcionales o sociales, son incapaces de adaptarse, o son excepcionalmente sensibles a determinadas categorías de stress con los que choca durante su juventud.

4.-La Esquizofrenia no es una enfermedad unitaria. Sus manifestaciones son los productos finales de muchos posibles accidentes; genéticos, metabólicos, fisiológicos, psicológicos, experienciales o sociales.

5.-La Esquizofrenia es una enfermedad psicosomática. En la persona predispuesta a ciertos stress vitales, producen cambios fisiológicos, posiblemente en el sistema nervioso, que disminuyen su capacidad de adaptación y conducen a ulteriores variaciones psicológicas.

6.-La Esquizofrenia es una forma de inadaptación ocasionada originalmente por el ambiente familiar y adecuada a él y a los miembros que interactúan con él.

7.-Las personas esquizofrénicas, son personas cuyo desarrollo psicosocial se detuvo en una época temprana de la vida, sea por trauma psicológico grave, o por alguna desviación importante en la maduración de sus funciones psicológicas. Más adelante bajo un stress apropiado intrapsíquico o desencadenado por el ambiente, son incapaces de adaptarse, y en lugar de ello, vuelven a niveles de funcionamiento que eran específicos de fases anteriores de su desarrollo.(28)

"En ausencia de pruebas concluyentes, la mayoría de las teorías psicoanalíticas postulan, ora una predisposición de stress, ora un trastorno en la interacción madre-hijo, ora ambas cosas a la vez, como base para la Esquizofrenia".(29)

Federn(30) concluyó que: "un trastorno crucial y quizá funda-

28.-Weiner, Herbert M.D. Op. Cit. p.605

29.-Idem

30.-Federn Cit. Weiner p.606.

mental en la esquizofrenia, era un trastorno en la capacidad tem--
prana del paciente de conseguir la diferenciación entre sí mismo -
y el objeto".

Tal vez no sea muy arriesgado postular que no obstante pare--
cer adecuada la clasificación de las distintas definiciones de Es-
quizofrenia que realiza Kaplan, habrá algunas cuya particularidad--
nos haría crear "un apartado para enmarcarla".

Finalmente, antes de presentar la definición de Esquizofrenia
dada por el Manual Diagnóstico y Estadístico II, la cuál prevalece
rá en el presente trabajo, cabe señalar que no hay en la actuali--
dad, hechos concluyentes acerca de la etiología de la Esquizofre--
nia y por consiguiente, no contamos aún con una definición acepta--
da universalmente. Los criterios que existen, solo son descripti--
vos, y guardan su utilidad en cuanto que son los únicos instrumen--
tos con que contamos.

Vayamos ahora a la definición del Manual Diagnóstico y Esta--
distico II, que define Esquizofrenia como: la gran categoríá que -
incluye a un grupo de trastornos que se manifiestan característica--
mente a través de trastornos del pensamiento, afecto, y comporta--
miento. Los trastornos del pensamiento toman la forma marcada de -
alteraciones en la formación de conceptos que pueden conducir a --
una falsa interpretación de la realidad, y algunas veces, a deli--
rios y alucinaciones, que son autoprotecciones psicológicas del in--
dividuo. Los cambios afectivos incluyen respuestas emocionales am--

bivalentes, limitadas e inapropiadas, y pérdida de la capacidad de la relación interpersonal, el comportamiento puede ser aislado, regresivo y extraño. Las esquizofrenias en las cuáles el estado mental se atribuye principalmente a un "trastorno del pensamiento" se diferencian de las "enfermedades afectivas mayores" que son dominadas por trastornos afectivos. Los estados "Paranoides" se diferencian de la Esquizofrenia por una menor distorsión de la realidad, y por ausencia de otros síntomas psicóticos".(31)

La anterior definición se tomará como base del marco conceptual para la presente investigación, dado que en el Hospital -- Psiquiátrico La Vista (lugar en el cuál se llevó a cabo el presente estudio), es la que se utiliza para la clasificación nosológica de esta enfermedad.

Por tal motivo, al señalar los criterios que me llevaron a elegir la presente definición como marco teórico de este trabajo, me limito a mencionar unicamente los criterios que prevalecen en dicho hospital.

Los criterios que se siguen para valorar este padecimiento son descriptivos y basados en los 3 aspectos más importantes: Áreas del pensamiento, del afecto y relaciones interpersonales, como síntomas primarios.

Áreas del Pensamiento: aquí se considera que pueden existir trastornos de la asociación de ideas, incongruencias, pararespuestas, robo del pensamiento, neologismos, o pensamiento sonoro.

31.-Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, ed. 2. -- (DSM-II), Washington, D.C. American Psychiatric Association.

En el afecto, se valoran diferentes alteraciones, tales como: aplanamiento afectivo, ambivalencia, o disociación ideoaffectiva, - o la llamada cicatriz afectiva cuando existe la remisión.

El tercer aspecto involucrado en el diagnóstico, se refiere a las alteraciones de las relaciones con el medio, como son: el autismo, el aislamiento, la comunicación difícil, las sensaciones de extrañeza.

Básicamente se considera que para elaborar el diagnóstico de Esquizofrenia, los pacientes deben tener cualquiera de estos síntomas en las tres áreas. O sea que siempre tendrán alguna alteración del pensamiento, afecto y relación con el medio.

Como síntomas secundarios que pueden ser acompañados de los anteriores, y que en ocasiones no se pueden presentar, podemos --- mencionar: ilusiones, alucinaciones, ideas delirantes, risas, soliloquios, negativismo, etc.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE
EL DETERIORO EN ESQUIZOFRENIA

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE

EL DETERIORO EN LA

ESQUIZOFRENIA

Si se quiere hablar de un deterioro intelectual en nuestros -
pacientes, es necesario expresarse aproximadamente como sigue: "El
esquizofrénico no es generalmente demente, pero lo es en ciertos -
periodos, respecto a ciertas constelaciones y ciertos complejos. -
En los casos leves las funciones defectuosas son la excepción. En
los casos más severos, los de aquéllos que en nuestras institucio
nes mentales se sientan por ahí sin tomar parte en nada, las fun--
ciones defectuosas son la regla. Y entre ambos tipos encontramos -
todas las formas de transición. La diferencia entre demencia mode-
rada y grave, reside en la amplitud no en la intensidad. El más be
nigno caso de esquizofrenia puede cometer una locura tan grande co
mo el caso más grave, pero la comete con mucho menor frecuencia. -
No obstante el defecto intelectual no se produce de un modo entera
mente fortuito. Por ejemplo: las actuaciones intelectuales particu
larmente pobres, están ligadas con complejos cargados emocionalmen
te.(1)

Vemos que para Bleuler sería únicamente a través de ciertos he
chos llevados a cabo en determinados momentos, lo que nos permiti--
ría apreciar la "demencia en el esquizofrénico". También vemos que
en alguna forma relaciona dichos periodos con ciertas "constelacio
nes y complejos", y al final se refiere específicamente a "comple
jos cargados emocionalmente".

1.-Bleuler, Eugen. "DEMENCIA PRECCZ", Ediciones Hormé 1960, p.82.

El mismo autor continúa diciendo: "en la actualidad solo podemos descubrir que los pacientes escinden sus pensamientos, obstruyen sus emociones, y se apartan de la realidad. Observamos también que ninguna facultad mental está aniquilada; en realidad el estudio de muchos casos individuales demuestra que en todos los estados crónicos de esta enfermedad no se ha perdido por completo la capacidad para la evaluación de asuntos complejos, sino que se la reprime sólo secundariamente, ésto es: el desdoblamiento impide su funcionamiento adecuado. Por lo tanto, no podemos excluir la posibilidad de una mejoría temporal o permanente en cualquier etapa. Por supuesto, el hecho de que quizá un tercio de los casos hospitalizados no se recuperan nunca de la demencia, o lo hacen sólo temporalmente, no habla en contra de la naturaleza secundaria de este fenómeno.

Bleuler siempre sostuvo que la demenciación en el esquizofrénico era un fenómeno secundario, y que deberían atribuirse el no funcionamiento mental, a una consecuencia del desdoblamiento que se presenta en los sujetos, y que el mismo es el responsable de que las actividades mentales no funcionen en un momento determinado. Más adelante interpreta algunos aspectos de la demenciación:

"Algunos de los síntomas más notables de la demencia no son otra cosa que fenómenos parciales de la deterioración emocional. Donde las emociones están obstruidas o ausente, no pueden surgir impulsos. Otros factores contribuyen a ésto: no hay motivo para los impulsos cuando todos los deseos son satisfechos autísticamente, o --

cuando parece imposible que se los pueda satisfacer. Cuando están rotas o considerablemente deformadas las relaciones con el mundo exterior, no puede haber deseos de participar en él. También perjudican a los impulsos del paciente los defectos intelectuales; está perturbada la síntesis de los pensamientos individuales en una idea que podría motivar acciones; la incapacidad de pensamiento lógico impide la creación de una meta para la acción".(2)

Las implicaciones profundas del pensamiento de Bleuler, aún siguen sin ser desentrañadas.

Para un sujeto sumergido en un mundo autista, no sabemos en qué medida en dicho mundo se utilizan procesos del pensamiento lógico, procesos de análisis y síntesis, etc. Quizá no hemos logrado comprender la estructura particular que adquiere el pensamiento, para enfrentar y vivir en ese mundo autista.

En consecuencia, debemos tomar en cuenta que aún la prueba más sistematizada que el hombre pueda crear para establecer el grado y clase de inteligencia en el Individuo, en última instancia, no corresponde propiamente al pensamiento del esquizofrénico. Vale decir: que un hombre viviendo en un mundo "aparte" está constantemente utilizando procesos que le son propios a su mundo, y que únicamente cuando por "x" razón necesita establecer un contacto con el mundo "real", utiliza procesos de sobra conocidos y utilizados por nosotros, mientras lo anterior no sucede, quizá siga utilizando los propios a ese "mundo", "su mundo". Entonces probablemente --

podríamos referirnos a estos períodos, en la misma forma que Bleu-
ler los menciona cuando expresa: "El esquizofrénico no es general-
mente demente, pero lo es en ciertos períodos".

Según el concepto de inteligencia expuesto por Hayes en 1962:
"el conjunto de las motivaciones del individuo influye en el tipo-
y cuantía del aprendizaje que se produce".(3) ¿Cómo se tendría que
dar una motivación en un individuo para que se produzca un aprendi-
zaje, cuando en él mismo están bloqueadas las esferas afectivas, -
emocionales, etc. que le darían la capacidad para poder aprender?

Entonces podría llegarse a la conclusión de que son los tras-
tornos en las áreas mencionadas, que por alejar al individuo del -
"mundo real", van creándole una incapacidad de responder a estímu-
los externos, tomando en cuenta también, dentro de dichos estímu-
los, aquéllos que el examinador le aplica al sujeto en una prueba-
de inteligencia, por lo que los resultados reflejarán únicamente -
el estado de funcionamiento mental de ese momento preciso en que -
la prueba le fué aplicada, como una especie de fotografía, ya que-
quizá segundos después de habersele aplicado, pueda responder en -
forma diferente. Por lo que con Bleuler podríamos afirmar: "el he-
cho de que quizá un tercio de los casos hospitalizados no se recu-
peran nunca de la demencia, o lo hacen sólo temporalmente, no ha-
bla en contra de la naturaleza secundaria de este fenómeno".

3.-Hayes, Cit. en Anastasi Anné. "TESTS PSICOLÓGICOS", Edit. Agui-
lar, 3a. Ed. p.p.280-322.

Resumiendo: la alteración esquizofrénica de la inteligencia, comprende los siguientes elementos: trastornos de la asociación -- que traen como resultado conclusiones falsas. Distorsiones de la lógica, la cuál es sustituida por asociaciones cargadas afectivamente. El desdoblamiento, que trae como consecuencia un mundo propio, sin tomar en cuenta a la realidad, y en donde las emociones resisten la asociación de pensamientos correctivos a menudo con invencible firmeza. La conducta demuestra ser un resultado de la deficiencia en los procesos citados. Las acciones de los pacientes son incongruentes o carentes de objetivo, como consecuencia de sus impulsos, constantemente cambiantes. Debido a la lógica defectuosa sus acciones carecen frecuentemente de finalidad, o bien, son contrarias a lo que intentan hacer.(4)

Kraepelin y Bleuler observaron trastornos de la atención en esquizofrenia. Jung afirmó que en gran parte los trastornos formales del pensamiento y la conducta en la esquizofrenia, podían adscribirse a una disminución de la atención y percepción. Otros investigadores señalan que los sujetos esquizofrénicos son más sensibles a la "información externa".(5)

Debemos considerar en términos generales, dos posturas totalmente opuestas en lo referente a la explicación de la alteración de la inteligencia. La primera, ya señalada más arriba, cuyo prin-

4.-Bleuler Eugen. Op. Cit.: p.81

5.-Kraepelin y Bleuler cit.: Weiner, H.M.D. "Etiology of Schizophrenia". "COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY". Freedman, A.M. Kaplan, H.I. 1967, p.608.

principal exponente fué Bleuler, según él, los déficits en la esquizofrenia deberían considerarse como un bloqueo que el individuo presenta ante los estímulos externos, los cuáles pierden para el Sujeto la función de estímulos. Y en el otro extremo, varios investigadores postulan la hipersensibilidad a la información externa, la cuál, por no poder integrarla en forma adecuada, no logra proporcionar una respuesta.

Según Mc Reynolds, la ansiedad esquizofrénica se produce: por que el paciente ha sido anegado por percepciones inasimilables; para defenderse contra la ansiedad, el paciente trata de integrar y reducir estas percepciones por medio de la apatía y el aislamiento. Una considerable cantidad de datos sugieren que algunos pacientes esquizofrénicos pueden al principio tender a estar muy atentos a muchos estímulos que son a menudo irrelevantes y más adelante, a excluir, reducir, o evitar estos estímulos.(6)

Podemos concluir que el nivel de inteligencia premórbida en la adolescencia tardía o en los primeros años de la vida adulta, es término medio normal entre quienes se vuelven paranoides y catatónicos, y a menudo inferior al normal en grado desconocido, entre los que enferman de hebefrenia.(7)

Esto indicaría que determinados aspectos de los procesos que subyacen en ciertas formas de esquizofrenia, se hacen evidentes en

6.-Mc Reynolds, Cit. Weiner Herbert, M.D. Op. Cit. p.608

7.-Hofling, Charles K. "TRATADO DE PSIQUIATRIA". Edit. Interamericana, S.A. 1967, p.p,292-320.

términos del nivel intelectual, durante este período premórbido. - Para la teoría psicodinámica, la inferencia sería: que existe un -
 -fracaso en el desarrollo del Yo, y que no hay regresión, mientras-
 -mientras que para una teoría orgánica, la inferencia sería: que la-
 -demencia o deterioro comienza mucho antes de que se inicie el perío-
 -do de síntomas psicóticos manifiestos, y es posible que a menudo no
 -haya una disminución significativa en el desempeño intelectual du-
 -rante buena parte e incluso durante todo el período psicótico.(8)

Estas postulaciones son importantes, en la medida en que nos-
 -hacen enfocar nuestra atención hacia fenómenos más profundos que -
 -podrían estarse generando en el proceso esquizofrénico.

Sería quizá que, como en el caso de la hebefrenia, considera-
 -do uno de los cuadros más benignos dentro de la esquizofrenia, una
 -"resultante de...." y que nosotros estuviésemos en un error cuando
 -nos referimos en términos como: "a este estado lo ha llevado su pa-
 -decimiento que es la hebefrenia", cuando en realidad sería a la in-
 -versa. Vale decir por ejemplo, que en un dado caso podría tomarse-
 -a la hebefrenia como la "expresión última" de un proceso antes de-
 -considerarla en primera instancia.

También nos conduce hacia posibles concepciones que nos lle-
 -van a delimitar más claramente los procesos subyacentes a cada uno
 -de los cuadros esquizofrénicos, y ver que distinciones les caracte-
 -rizan a cada uno de ellos.

Existen también muchas divergencia en cuanto a que si presenta demenciación o no, cosa que en parte se ha considerado brevemente al mencionar los aspectos del desarrollo histórico del concepto de esquizofrenia, y para finalizar, es oportuno citar a Henry Ey quien dice: El problema de saber si esta decadencia es demencial o nó, si el estado de déficit terminal es o nó una "verdadera" demencia, es un problema de casuística sin gran interés; la marcha de la enfermedad tiende a concluir en una abolición de la existencia psíquica, en una especie de suicidio del "ser - en - el - mundo".(9)

LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

ESQUIZOFRENIA

PARANOIDE

En su libro "Demencia Precoz", Eugen Bleuler(1) hace una extensa descripción del subgrupo de la esquizofrenia paranoide, y expresa lo siguiente: "Los pacientes ya no se sienten como antes; a veces todas las cosas les parecen diferentes de lo que eran. Luego vienen las "sospechas", ideas de que tal o cuál cosa está destinada o dedicada a ellos. Refieren así mismos, acontecimientos completamente indiferentes... Gradualmente, pero también de modo repentino, las ideas delirantes de referencia alcanzan una total certeza y credulidad. A donde quiera que se vuelve, encuentra signos y señales que apuntan hacia él. La gente comienza a vejarlo, a jugarle malas pasadas; quieren deshacerse de él. Estropean y sabotean todo lo que hace. Se le desacredita constantemente. Hay una conspiración, no reparan en esfuerzos para perseguirlo y darle caza. Cierta vez oye como hablan de él, luego se dirigen a él directamente, lo llaman por nombres ofensivos, lo insultan, le hacen reproches y se burlan de él. Siguen otras alucinaciones, en particular las de las sensaciones corporales. Finalmente, el paciente se vuelve violento, agrede a sus torturadores. Le pega a alguien o dispara un tiro, o provoca un alboroto, especialmente de noche. No se atreve a abandonar sus habitaciones y vive allí en un desorden peculiar, sucio y hambriento. Entonces se le aprehende y se le lleva al hospital. Después de varias admisiones, se queda ahí finalmente, donde sigue siendo molesto y difícil de tratar, gradualmente comienza a tranquilizarse. Trabaja como una máquina en

1.-Bleuler Eugen, "DEMENCIA PRECOZ", Ediciones Hormé 1960, p.241.

lo que se le asigna, vaga por el hospital, o en circunstancias favorables permanece fuera del hospital para trabajar, pero generalmente vive al día, indiferente y ocioso!

"No siempre las cosas siguen este curso; comunmente éste es mucho más irregular. Las ideas delirantes pueden aparecer súbitamente, mientras el paciente es todavía totalmente competente en su trabajo. Pueden trastornarlo sólo durante unos días, desvanecerse luego, y reaparecer más tarde. A menudo el verdadero estado paranoide comienza muy agudamente en un período más o menos largo de marcados pródromos, que en sí mismos no tienen necesariamente el carácter paranoide. En algunas ocasiones especialmente cuando se encuentra sólo, el paciente experimenta una especie de revelación que altera toda su actitud hacia Dios y la humanidad. Se ha convenido de su propia grandeza, o de la perversidad de sus perseguidores. En la mayoría de los paranoides, la enfermedad no se desarrolla siguiendo una curva continuamente ascendente, sino más bien -- con oscilaciones prominentes que a veces se aproximan a la normalidad y otras veces están muy alejadas de la línea básica. Los estados de confusión alucinatorios son casi tan frecuentes como las de presiones melancólicas. Las excitaciones maniácas son bastante raras, pero aparecen síntomas catatónicos de todas clases, como fenómenos transitorios, como secuelas de los accesos agudos o como manifestaciones de conducta permanentes. Hay también paranoides sin alucinaciones; estas personas tienen simplemente falsas autorrefe-

rencias que pueden ser elaboradas en ideas delirantes; o asocian una idea delirante a algún acontecimiento, en lo que preservan durante años sin ser nunca capaces de discutir el problema. Las ideas delirantes pueden permanecer estacionarias en su fase casi embrionaria. Los pacientes refieren así mismos, muchas cosas que también una persona normal podría considerar referidas a ella misma, pero sin prestarles importancia. En cambio estos pacientes se sienten insultados e injuriados a raíz de cualquier cosa que no les merezca una total aprobación, no se les puede satisfacer, nunca se a vienen a nadie!(2)

Descripciones como las de Bleuler, nos permiten apreciar con gran amplitud el proceso que denominamos esquizofrenia paranoide. Considerando como una de las clásicas de la literatura psiquiátrica, es conveniente extenderse en la descripción que de ella hace Bleuler. Sólo a través de exposiciones como éstas, es que dentro del campo de la Psiquiatría han permanecido indelebles a través del tiempo, conceptos de esta naturaleza.

En general, puede apreciarse en la literatura psiquiátrica, un mayor consenso de exactitud en lo que se refiere a la esquizofrenia paranoide, permitiendo por tal motivo, parámetros más confiables para su identificación. Por consiguiente, la exposición de los conceptos de algunos autores, será más limitada de la que para la Esquizofrenia en general se realizara.

Noyes-Kolb(3): "La esquizofrenia paranoide puede considerarse como una reacción de tipo proyectivo, regresivo y defensivo. Los rasgos distintivos: ideas delirantes (que suelen ser numerosas, - ilógicas y no toman en consideración la realidad), las alucinaciones y el habitual trastorno esquizofrénico de las asociaciones y del afecto junto con negativismo!"

Con frecuencia la personalidad pre-psicótica del esquizofrénico paranoide se ha caracterizado por relaciones interpersonales deficientes. Tienden a mostrarse en forma franca a edades un poco mayores que los otros tipos de esquizofrenia. Es frecuente hasta después de la adolescencia y más después de los 30 años. Habitualmente se presentan alucinaciones auditivas, y lo más frecuente es que sean de naturaleza amenazante o acusadora.(4)

Gregory (5): "la esquizofrenia paranoide se caracteriza por pensamiento autista o paradójico, con "delirios" de referencia, - influencia, persecución o grandeza. Los "delirios" tienen poca -- sistematización y se acompañan de alucinaciones en especial auditivas. La edad media de comienzo es un poco mayor que en las otras formas de esquizofrenia, y la descompensación puede ser súbita o incidiosa".

La descripción que Breendan A. Maher (6) hace acerca de la-

3.-Noyes-Kolb, "PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA", La Prensa Mexicana, 4a. Ed. p.p. 412-466.

4.-Idem.

5.-Gregory, Ian. "PSIQUIATRIA CLINICA". Edit. Interamericana, 2a. Ed. p.427.

6.-Maher, Breendan A. "PRINCIPIOS DE PSICOPATOLOGIA", (un enfoque experimental). Edit. Libros Mc. Graw-Hill 1970.

esquizofrenia paranoide, quizá se pueda resumir en los siguientes términos: "es la más consciente, se presentan delirios más o menos sistematizados. Estos delirios están basados en la creencia de que el paciente es perseguido o atacado por alguna persona o acción externa. Atribuye una diversidad de problemas orgánicos y psicopatológicos a estas fuerzas externas. Alucinaciones auditivas de naturaleza amenazadora. Algunos de estos síntomas de delirios están elaborados dentro de "esquemas del mundo" muy complicados. Una parte del aspecto delirante del pensamiento del enfermo es la tendencia a interpretar acontecimientos vulgares dentro de la estructura de su delirio. Aún cuando el enfermo puede actuar conforme a sus delirios, también es probable que permanezca en contacto la mayor parte del tiempo con su ambiente, en otros aspectos puede tomar parte en una conversación y permanecer orientado respecto a tiempo y lugar, con una exactitud razonable. Su aparición es posiblemente en todas las edades, pasada la pubertad".

Mayer (7), considera que este tipo de esquizofrenia es el más homogéneo y el menos variado. Es relativamente distinta de las demás y mantiene sus características típicas durante todo su curso. Los síntomas fundamentales, sostiene que son: "las vivencias delirantes primarias, seguidas por interpretaciones delirantes secundarias. Las perturbaciones del pensamiento, del sentimiento y de la volición pueden estar ausentes, o ser insignificantes, reve-

7.-Mayer-Gross, Slater and Roth. "CLINICAL PSYCHIATRY". Edit. Bailliere, Tindall and Cassell. 3er. Ed. p.287.

lándose sólo bajo circunstancias especiales. Este cuadro representa la forma más frecuente en la edad media y la vejez. Su comienzo puede ser súbito".

S.E. Frazier(8) dirige su enfoque hacia los delirios: de gran deza o de persecución, e igual que otros autores expresa que "su comienzo ocurre en un momento posterior de la vida, con relación a otras formas de esquizofrenia;" añadiendo además que "es anunciada por un período de acentuada hipocondría". En general, hay una desorganización y deterioro de la personalidad en consecuencia, muchos tipos de esta clase de enfermos, pasan inadvertidos en nuestra sociedad".

Cinco puntos fundamentales de la descripción que nos presenta Charles K. Hofling(9) son los siguientes:

- 1.-Su comienzo es típicamente gradual.
- 2.-La edad de comienzo tiende a ser mayor que las de otros tipos.
- 3.-Pronóstico variable pero menos favorable que las reacciones catatónicas.
- 4.-El rasgo clínico más característico es la suspicacia sostenida y externa;
- 5.-Al estudiar los casos de esquizofrenia paranoide, pueden distinguirse entre los rasgos clínicos que son esquizofrénicos en un sentido general: apatía, inconexión asociativa, etc., y las características que son específicamente paranoides: incapacidad de confiar en los demás, suspicacia activa, delirios de persecución, etc.

8.-Frazier, S.H. "INTRODUCCION A LA PSICOPATOLOGIA". Edit. El Ateneo, 1969; p.121.

9.-Hofling, Charles K. "TRATADO DE PSIQUIATRIA", Edit. Interamericana, S.A. 1967; p.p.292-320.

Por último, vendrá la descripción que en su "Compendio de Psiquiatría" nos presenta Harold I. Kaplan(10): "se caracteriza principalmente por la presencia de ideas delirantes; de persecución o de grandeza, habitualmente son mayores que los catatónicos o hebefrénicos cuando manifiestan la enfermedad. Los recursos de su Yo--son mayores que los de los pacientes hebefrénicos y catatónicos. - Manifiestan una menor regresión en sus facultades mentales, ~~res---~~ puesta emocional y conducta, que los otros tres tipos de ~~esquizo--~~ frenia."

El esquizofrénico paranoide "es suspicáz, circunspecto y reservado. A menudo es hostil y agresivo. Socialmente suele ~~compor--~~ tarse bien. Su inteligencia, en las áreas no invadidas por las i--deas delirantes, puede seguir siendo alta. La homosexualidad reprimida es, según la teoría psicoanalítica, primariamente responsable de la necesidad de utilizar la defensa de la proyección, por medio de la cuál, el psicótico elabora sus ideas delirantes de persecución.(11)

Es necesario hacer una distinción en forma breve, entre esquifrenia paranoide, y los cuadros que varios autores presentan bajo el nombre de "estados paranoides", además del ya señalado en la definición del Manual Diagnóstico y Estadístico II (12), que dice: "Los estados paranoides se diferencian de la esquizofrenia paranoide

10.-Lehamagn, Heinz E.M.D. "Schizophrenia IV: Clinical Features, - Paranoic type". "COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY". Freedman, A.J. Kaplan, H.I. 1967, p.633.

11.-Idem.

12.-Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, 2a. Ed. -- (DSM-II), Washington, D.C. American Psychiatric Association.

de por una menor distorsión de la realidad, y por ausencia de otros síntomas psicóticos".

El Comité de Nomenclatura y Estadística de la American Psychiatric Association(13) define los estados paranoides como: "trastornos psicóticos en los cuáles la anomalía esencial es un delirio generalmente de persecución o de grandeza. De este delirio se derivan trastornos del estado de ánimo, la conducta y el pensamiento (incluyendo alucinaciones)".

Sabemos además que en los delirios paranoides se desarrollan con orden y claridad, las ideas, según mecanismos pseudorrazonantes, de tal manera que el delirante sistemático (pasional, interpretador, etc.) está de acuerdo con la realidad salvo en lo que concierne a su sistema delirante.(14)

Para la presente investigación se partió de los Diagnósticos: tanto clínico, psiquiátrico, como por pruebas psicológicas, llevadas a cabo en el Hospital Psiquiátrico La Vista, en el cuál se siguen los parámetros del DSM II, No obstante resumiré las características del cuadro de la esquizofrenia paranoide de la siguiente manera:

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE: características:

- 1.-Poseé características comunes a los cuadros esquizofrénicos: apatía, disociación, ambivalencia, etc.

13.-Freedman, A.M. "COMPENDIO DE PSIQUIATRIA". Edit. Salvat S.A. 1975, p.p.231-269.

14.-Ey, Henry. "TRATADO DE PSIQUIATRIA". Ed. Toray-Masson, 1969. p.581.

- 2.-Poseé características que le son propias: Incapacidad de -
confiar en los demás, suspicacia activa, delirios de perse-
cucion y/o de grandeza.
- 3.-Comienzo del padecimiento más tardíamente que los otros -
tipos de esquizofrenia, generalmente después de la adoles-
cencia, y después de los 30 años.
- 4.-Su comienzo es gradual; es más homogéneo y con muy poca -
variabilidad, aunque a veces se presenta en forma súbita.
- 5.-Su pronóstico es variable, aunque siempre será menos favo-
rable que los cuadros correspondientes a esquizofrenia ca-
tatónica.
- 6.-Entre sus rasgos clínicos más sobresalientes se encuentran:
Susplicacia, delirios de grandeza o persecución predominante-
mente, vivencias delirantes primarias seguidas de interpre-
taciones delirantes secundarias; puede presentar alucinacio-
nes auditivas, siendo la mayoría de las veces de carácter -
amenazador o acusador.

ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE INTELIGENCIA

ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE

INTELIGENCIA

Innumerables son las definiciones que sobre inteligencia se han dado desde su inicio y desarrollo de las Ciencias de la Conducta. Pero hasta la fecha no ha habido ninguna que haya sido reconocida por la totalidad de estudiosos que de una u otra forma tienen que ver con este concepto.

Sin embargo, es importante reconsiderar algunos de estos conceptos, con objeto de ver las coincidencias que puede haber entre ellos, y sobre todo recopilar las ideas diferentes que cada uno de ellos aporta, a fin de enriquecer el concepto.

Piaget nos dice que la inteligencia no consiste en una categoría aislable y discontinua de procesos cognositivos. Sino que es una forma de equilibrio hacia el cuál tienden todas las estructuras cuya formación se debe buscar a través de la percepción, del hábito y de los mecanismos sensomotores.(1) El equipara la inteligencia con la adaptación, definiendo a la inteligencia como "un estado de equilibrio hacia el cuál tienden las adaptaciones sucesivas del orden sensomotor y cognositivo así como los intercambios asimiladores y acomodadores de un organismo y su medio". Y a la adaptación como: "el equilibrio entre las acciones del organismo sobre el medio; y las acciones recíprocas".

Como se podrá ver, el concepto fundamental de ambas definiciones, es el equilibrio entre organismo y medio.

Ahora bien, no solo Piaget piensa en inteligencia en función-

1.-Piaget Jean. "LA PSICOLOGIA DE LA INTELIGENCIA". Edit. Psique - Buenos Aires, 1973. pág.17.

de adaptación, Claparede y Stern(2) también dicen que ésta es una adaptación mental a las circunstancias nuevas. Y tanto uno como otro proponen la necesidad de considerar la capacidad de resolver nuevos problemas de adaptación a situaciones; y la necesidad de establecer relaciones entre diferentes hechos.

Aunque no de la misma manera que estos autores, el punto de vista Biológico también relaciona a la inteligencia con la adaptación, ya que considera a la inteligencia como una actividad del organismo, y a la adaptación, como el resultado de dicha actividad(3)

A pesar de que Thorndike(4) rechaza el concepto de inteligencia como facultad unitaria, afirmando que no hay una inteligencia, "sino una suma de inteligencias y que no tienen un rasgo uniforme"; su concepto fundamental parece coincidir con los conceptos anteriores, aunque en forma encubierta, ya que él nos habla de inteligencia como: "la habilidad con que el individuo reacciona correctamente desde el punto de vista de verdad y de los hechos. ¿Se podría equiparar aquí los términos: reaccionar correctamente, con adaptarse; y la verdad y los hechos, con el medio en el que se desarrolla el organismo?"

Por otro lado, Kohler y Koffka(5) suponen que la inteligencia requiere de la existencia de una capacidad especial para aprender,
2.-Klaparede y Stern, Cit. Piaget, p.21.

3.-Idem.

4.-Thorndike, Cit. Szekely Bela, "LOS TESTS". Edit. Kapelusz, 5a. Ed. p.342.

5.-Idem

esta aptitud es la que permite a una persona adquirir conocimientos y nuevas aptitudes. Enrique Cerdá(6) también identifica a la inteligencia con la capacidad de aprendizaje.

Esta concepción de inteligencia aporta un elemento diferente a los anteriores, ya que para estos autores, los seres humanos no aprenden por ser inteligentes, sino porque su inteligencia está dotada de esa aptitud especial para aprender, considerando a ésta como un elemento o factor de aquélla.

La hipótesis anterior coincide en parte con la teoría de --- Spearman(7) quien nos habla de un factor central común: el factor general o factor "g", cuya influencia se extiende a toda la vida anímica, que es completamente individual y constante y que acompaña al individuo durante toda su vida. Pero él además agrega otro concepto: el factor específico o factor "s", del cuál afirma que no solo es distinto en cada ser, sino que cambia constantemente en él, adaptándose a su capacidad. El factor "g" produce lo que él llama "inteligencia adecuada", y el factor "s": su capacidad especial.

Las ideas originales de Spearman respecto a la inteligencia, establecen las bases del "Análisis Factorial": método matemático, no sólo aplicable al estudio de fenómenos psicológicos, sino a --- cualquier clase de datos susceptibles de ser representados numéri-

6.-Cerdá, E. "PSICOLOGIA APLICADA". Edit. Herder 1966, p.65.

7.-Spearman, Cit. Szekely Bela, p.339.

8.-Cerdá, E. Op. Cit. p.126.

camente.(8).

Si la teoría de Spearman dió lugar a la llamada teoría Bifactorial, la observación de Thurstone(9) dió lugar a la teoría Multifactorial, según la cuál: hay ocho aptitudes mentales primarias o "unidades funcionales", y de su actividad y combinación surgen una variedad ilimitada de capacidades que se revelan en la conducta. - Estas capacidades son: factor S (aptitud espacial), factor V (comprensión verbal), factor W (fluidez verbal), factor R (aptitud de razonamiento), factor Mo (coordinación óculomanual), factor N (aptitud numérica), factor M (memoria), y factor P (rapidez perceptiva). Thurstone igual que Spearman admite un factor general y cierta estructura mental con "subconjuntos" distintos pero no independientes como lo afirma Thomson. A pesar de sus controversias, tanto los resultados de Thurstone como los de Spearman concuerdan en los puntos fundamentales.

Las ideas y conceptos van variando y aumentando progresivamente a medida que se desarrolla esta exposición, clarificando así el concepto que en nuestro tema se expone.

Volviendo al concepto de aptitud mental, Bela Szekely(10) nos dice que ésta es solo uno de los elementos que intervienen en la resolución de problemas, ya que el modo de resolver cada uno de los problemas que crea la vida, depende de numerosos factores. ---

8.-Cerdá, E. Op. Cit. p.126.

9.-Idem.

Szekely Bela, Op. Cit. p.338.

Ella define inteligencia simplemente como una relación entre el individuo y la realidad de la vida. Y hace una diferenciación entre inteligencia y capacidad mental, al decir que ésta última -- puede ser una herramienta perfecta, pero que depende de la inteligencia el uso que de ella haga el individuo. Afirmando que un examen psicológico mediante tests puede indicar una capacidad mental muy elevada, pero el individuo puede fracasar en la vida práctica. Añade además que la afectividad es otro de los elementos importantes que intervienen en la resolución de problemas.

Hay que tomar en cuenta otros elementos de la inteligencia además de los anteriores, como son: intereses, rasgos de carácter, hábitos e influencia externa; los cuáles harán variar de algún modo las diferentes habilidades del individuo, variación que se puede observar mediante la aplicación de pruebas, y que traen como resultado las diferencias individuales.(11)

La evolución de dichas capacidades depende en un grado decisivo de las condiciones histórico-sociales de la vida del hombre, y de las condiciones de la vida material de la sociedad. El hombre no nace teniendo algunas capacidades determinadas, solamente pueden ser innatas algunas funciones anatómicas y fisiológicas del organismo; entre las que tienen mayor importancia las del Sistema Nervioso Central. Dichas funciones anatomo-fisiológicas que forman las diferencias innatas de las personas, se denominan aptitudes. Estas aún no incluyen en sí las capacidades que pueden desarrollar

se en determinadas condiciones de la vida y actividad de la persona.(12)

En la Enciclopedia de Psicología de J. L. Rubinstein(13) hace una diferenciación que facilita la comprensión de los términos anteriores. Dice: "las diferencias naturales de los seres humanos, no son diferencias de aptitudes terminadas, sino de talentos. Entre talento y aptitud existe una diferencia muy grande: los talentos son muy ambiguos y se pueden desarrollar en diferentes condiciones. Son solamente las premisas para el desarrollo de las aptitudes. Estas no son una función del talento como tal, sino del desarrollo que el talento adopta.

Probablemente a estas diferencias naturales son a las que -- Guilford(14) llama: "habilidades primarias intelectuales", y son -- según él las que conforman la inteligencia. Estas son:

- a.-Comprensión verbal,
- b.-Facilidad numérica,
- c.-Razonamiento de problemas,
- d.-Razonamiento lógico,
- e.-Memoria asociativa,
- f.-Memoria visual, y
- g.-Visualización.

Como se puede observar, entre los autores ya mencionados hay diferencias de opiniones : la inteligencia puede ser: una capaci--

12.-Smornov, Anatoly, Leontiev y otros. "PSICOLOGIA". Edit. Grijalbo 1969. p.633.

13.-Rubinstein, J.L. "PRINCIPIOS DE PSICOLOGIA GENERAL, Edit. - Grijalvo, 1er. Ed.-1967, p.703.

14.-Guilford, J.P. "PSICOLOGIA GENERAL". Edit. Diana, S.A. 3a. Ed.

dad unitaria y global (Binet), o un compuesto de habilidades, --- (Guilford), o bién, un conjunto de capacidades independientes --- (Thorndike y Thomson), o dependientes (Spearman y Thurstone).

Freeman(15) hace además otra división de categorías según las definiciones más comunes: a).-las que dan mayor importancia al ambiente total o a aspectos esenciales de éste. b).-las que subrayan la capacidad individual para aprender o beneficiarse por medio de la experiencia; y c).-las que enfatizan en la capacidad para llevar a cabo el pensamiento abstracto. Y según la revisión de autores que hasta aquí hemos hecho, se podría añadir una cuarta categoría: que abarca aquéllas teorías que relacionan a la inteligencia con la adaptación.

Es también interesante conocer el aporte de los psicólogos experimentales (Burt y Buhler) sobre el concepto de inteligencia. -- Ellos postulan la hipótesis de que la inteligencia es la especie de conocimiento directo de los seres físicos y las ideas lógicas o matemáticas, por armonía preestablecida entre intelecto y realidad.(16) ¿De qué manera se realiza el conocimiento directo? y ¿cómo se llega a establecer esa armonía entre el intelecto y la realidad? Tal parece que conocimiento directo en este caso es sinónimo de percepción, si se define a ésta como: la captación directa e inmediata de un objeto de conocimiento. Y que esa armonía entre inte

15.-Freeman, A.M. Kaplan, H.I. "COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY". Ed. 1967.

16.-Burt y Buhler, Cit. Piaget, Jean. p.27.

lecto y medio se consigue a través de la experiencia. Por lo menos la primera parte de esta inferencia tiene alguna validez, tomando en cuenta que los psicólogos experimentales tienen como base de la teoría de la inteligencia: la percepción de "la forma de conjunto", que consiste en admitir que una totalidad es irreductible a los elementos que la componen y que se haya regida por leyes propias de la organización o de equilibrio.(17)

Para Buhler la inteligencia solo aparece con los actos de comprensión súbita, y Koehler reserva el término de inteligencia a -- los actos de reestructuración brusca. O sea que en ambos casos, la percepción tiene un papel preponderante.

Si lo anterior fuera cierto, las aptitudes especiales en cada individuo estarían todas al mismo nivel, en las pruebas de aptitudes se obtendrían correlaciones perfectas, y en una gráfica, todas se encontrarían a la misma altura.

Una de las teorías más avanzadas, es la postulada por Claparede(18), quien dice: que la adaptación inteligente consiste en en ensayos o hipótesis debidos a la actividad del Sujeto y a su selección efectuada inmediatamente bajo la presión de la experiencia -- (éxitos y fracasos). Este control empírico se selecciona al principio, por los ensayos del sujeto. Se interioriza luego bajo la forma de anticipaciones debidas a la conciencia de las relaciones. -- (Al igual que el tanteo motor se prolonga en el tanteo representati

17.-Idem.

18.-Claparede, Cit. Piaget, Jean. p.28.

vo o imaginación de las hipótesis). Su teoría es conocida como "la teoría del tanteo". Y quiere decir que el individuo aprende tanto de sus éxitos como de sus fracasos, seleccionando las conductas -- exitosas, las cuáles retiene en la memoria para ponerlas en práctica ante nuevas situaciones, parecidas o similares.

Antes de concluir este capítulo, es necesario determinar brevemente la localización anatómo-fisiológica de la inteligencia, tomando en cuenta que: la actividad mental tiene como objeto "unifi- car" al individuo y ajustarlo a su medio ambiente. Pudiendo ser -- posibles ambos objetivos, gracias al Sistema Nervioso.(19)

Cuando se imaginan las funciones psíquicas superiores como - una función categorial o adaptativa que integra al nivel superior, toda la estrategia de las conductas hasta el punto de poder resol- ver problemas, o como una aptitud en cierto modo puramente opera- cional en las ejecuciones más complicadas, se tiende a fijarlas en la cumbre de la evolución filogénica y en la región superior del - telencéfalo. Para Lapeyroine (1714) era el cuerpo calloso el que - constituía el asiento de la inteligencia. Después, para Gall y Bru- dach (1819) lo fué ya el lóbulo frontal. Los trabajos posteriores- de Bianchi (1921), todos los neurólogos, psicólogos y psiquiatras- se han familiarizado con la idea de localizar la inteligencia en - el lóbulo prefrontal.(20)

19.-Guilford, Op. Cit. p.41.

20.-By Henry, "TRATADO DE PSIQUIATRIA". Edit. Toray-Masson, 2a. - Ed. p.618.

Finalmente se expondrán los puntos referidos por Rapaport(21) considerados como una valiosa aportación al estudio de la inteligencia; ya que por su contenido y amplitud nos dan un panorama general de todos los elementos y funciones que intervienen en la actividad mental, tomando en cuenta los distintos aspectos que los investigadores proponen como puntos centrales de sus definiciones, - concilia términos: Biológicos (dotación natural), sociales, culturales, de aprendizaje, de desarrollo o maduración, de afectividad y de aptitudes, haciendo que el concepto que nos ocupa, sea altamente comprensible.

David Rápaport dice: 1.-Todo individuo nace con una capacidad latente para el desarrollo intelectual: "dotación natural". Esta se materializa desenvolviéndose a través de un proceso de maduración, cuyos límites se hallan fijados por la capacidad de la "dotación". Este proceso es favorecido o restringido por la riqueza o pobreza del estímulo recibido en el medio educacional durante los primeros años de formación. 3.-El proceso de maduración es un aspecto en el desarrollo de la personalidad y es guiado o coartado por el desarrollo emocional en que cada conocimiento nuevo comporta una "amenaza", la "dotación natural" puede inhibirse, tornándose refractaria a asimilar conocimientos nuevos; o bien, el desarrollo emocional pueda ser de tal naturaleza que acelere la asimilación de todos los conocimientos posibles, como protección contra -

21.-Rapaport, David. "TESTS DEL DIAGNOSTICO PSICOLOGICO". Edit. Paidós, 3a. Ed. p.31.

"el peligro". 4.-En el curso del desarrollo se diferencia dentro de la "dotación natural" diversas funciones, susceptibles de ser sondeadas por tests de inteligencia, pues en éstos, dichas funciones participan como factores de rendimiento. 5.-Los desórdenes emocionales o las lesiones cerebrales pueden provocar una disminución, detención o regresión del proceso madurativo de la "dotación natural". 6.-Las funciones que se desarrollan sin ningún género de trabas, recogen y asimilan automáticamente del medio educacional hechos y relaciones, y los organizan dentro de un marco de referencias para nuevas experiencias y producciones. 7.-La instrucción alimenta a estas "funciones" con un material de exposición sistemática, enriqueciendo el repertorio de hechos y relaciones a disposición del individuo. 8.-La riqueza de la experiencia vital de la última época de la adolescencia y de la edad adulta pueden enriquecer ulteriormente dicho repertorio. 9.-Una predilección cultural específica, puede llevar al individuo a fuentes más ricas de información sobre los hechos y relaciones".

Para Rapaport, al procurar trazar un diagnóstico de inteligencia, es necesario tener en consideración los nueve puntos antes señalados, y extraer de ellos el máximo de fuentes, ya que le permitirá estimar las implicaciones del tipo específico de estructura de la inteligencia, del tipo específico de desarrollo, retrocesos, ~~de~~ s y disminuciones, etc.

Para establecer un diagnóstico de inteligencia, se deben for-

mular supuestos específicos sobre la naturaleza de las funciones sondeadas por los subtests individuales de un test de inteligencia. Un suceso Psicológico es un complejo y variado conjunto de influencias e interacciones. Cabe esperar que no todos los casos de un mismo grupo nosológico presente como reflejo del desorden, disminuciones parecidas de ciertas funciones intelectuales y que estas disminuciones se hagan evidentes en los cómputos de los tests de inteligencia.(22)

Por último se expondrá la definición de inteligencia dada por Wechsler(23) ya que es el WAIS (test de inteligencia creado por él), con el que se trabajará en la presente investigación: Wechsler define inteligencia como: "la suma o capacidad global del individuo para actuar de un modo provisto de finalidad para pensar racionalmente y para tratar de enfrentarse de un modo eficaz con su medio ambiente".

Como se puede observar, Wechsler subraya el carácter "global" de la inteligencia, así como la finalidad y eficacia de la conducta inteligente.

22.-Idem.

23.-Whittaker, James. "PSICOLOGIA". Edit. Interamericana, 2a. Ed. p.427.

CONSIDERACIONES GENERALES

DE LAS ESCALAS PARA MEDIR INTELIGENCIA

CONSIDERACIONES GENERALES

DE LAS ESCALAS PARA

MEDIR INTELIGENCIA

Con los términos inteligencia o aptitud mental general, se -- designa en realidad a un conjunto de operaciones mentales, análi-- sis, generalización, razonamiento, inducción deducción, etc., que se ponen de manifiesto en la resolución de problemas, situaciones y cuestiones de la más diversa naturaleza. La inteligencia no es -- medible ni determinable, lo medible es solo su acción, el modo como se enfrentan los diferentes problemas de la vida, la conducta, -- las formas de reacción del individuo. Para medir la inteligencia o aptitud mental general, se necesita recurrir a situaciones y pro-- blemas que pongan en actividad las funciones mentales, con las cuá -- les se logramos una definición operacional de la aptitud intelec-- tual.(1)

Se define operacionalmente a la inteligencia, cuando ante la imposibilidad de encontrar una definición -- conceptual, la caracterizamos mediante las operacio-- nes que la ponen en evidencia.

Por lo tanto, se hace necesario y aún indispensable la crea-- ción de instrumentos encaminados a medir el producto de la inteli-- gencia. Dichos instrumentos reciben el nombre de tests de inteli-- gencia. Los cuáles son procedimientos de diagnóstico, estimación o medida.(2)

Un test psicológico es una tarea en la que se requiere de alguna o algunas actividades mentales para las que se puede obtener

1.-Szekely Bela, "LOS TESTS". Edit. Kapeluzs, 5a. Ed. primera parte. p.p.14, 338.

2.-Szekely Bela, Cp. Cit. p.155



una calificación sobre la "bondad de ejecución", constituyendo el test psicológico esencialmente, una medida objetiva y tipificada de una muestra de conducta.(3)

El presente apartado tiene por objeto hacer una descripción de los tests de inteligencia; lo que pretenden medir, las características que deben tener, así como lo que se entiende por cociente intelectual, los requisitos que debe tener una prueba de inteligencia para adultos, y los aspectos generales sobre la Escala Wechsler-Bellevue.

En la historia reciente de la medición psicológica se puede hacer una división de cuatro etapas iguales del presente siglo, en cuanto a inicio y desarrollo de las pruebas psicológicas. Pudiendo calificar la fase precursora al período comprendido de 1900 a 1915 que se caracterizó por la búsqueda y desarrollo de métodos iniciales. Siendo las primeras escalas de inteligencia las de Binet y sus revisiones norteamericanas, (de las cuáles posteriormente hablaremos).(4)

Los siguientes 15 años, de 1916 a 1930 se pueden calificar de período de auge del desarrollo de los tests. Se idearon tests estandarizados para medir todas las destrezas escolares y para todas las áreas del contenido de los programas escolares. Aparecieron también las baterías de tests de aprovechamiento y los tests de grupo para medir inteligencia. Surgieron además una serie de inven

3.-Anastasi Anne. "TESTS PSICOLOGICOS". Edit. Aguilar, 3a. Ed. - p.280-322.

4.-Thorndike, Robert L. "TESTS Y TECNICAS DE MEDICION EN PSICOLOGIA Y EDUCACION". Edit. Trillas, 1970, p.13

tarios y cuestionarios de Personalidad, siendo el Woodworth Personal Data sheet (hoja de datos personales de Woodworth) el primero.(5)

Los años posteriores, entre 1930 y 1945 pueden considerarse como un período de evaluación, de reconsideración, de ampliación de técnicas y de delimitación de interpretaciones. Fué también el período en el cuál los métodos proyectivos globales de la medición de la personalidad pasaron a primer plano. Y el período comprendido entre 1945 y 1960, se puede decir que será conocido como el de las baterías de tests y de los programas para la aplicación de los tests mismos.(6)

Durante varias décadas se han estado utilizando en los adultos, los tests de inteligencia que inicialmente fueron creados para medir la inteligencia en los niños, lo cuál puede prestarse: a múltiples confusiones, dado que una prueba que proporcione una medida realmente buena de la inteligencia en el niño, puede volverse Test de Aptitud en el adulto, perdiendo su validez. Y la evaluación por Edad Mental (E.M.) ya no significa nada en el adulto.(7)

Edad Mental (E.M.): Es el nivel de inteligencia que corresponde a cada edad cronológica.

Ahora la Psicometría intenta crear tests que respondan a un solo factor: la edad del Sujeto, ya que la inteligencia varía y se

5.-Idem.

6.-Idem.

7.-Pichot, Pierre. "LOS TESTS MENTALES". Edit. Paidós, 5a. Ed. -- p.p.25-41.

desarrolla con la edad.(8) Por lo tanto es necesario que los tests de inteligencia para adultos, reúnan los siguientes requisitos:

a).-Emplear un material adaptado a los adultos, y salvo ciertas excepciones, distinto del utilizado para niños.

b).-Tener un baremo, ya sea en porcentajes, ya sea en desvíos reducidos.

c).-Deben tener un baremo especial, según la edad cronológica del Sujeto.(9)

Las condiciones anteriores son debido a que la E.M. en el adulto ya no tiene ningún significado, no así en el niño, que a medida que crece, su edad mental aumenta en proporción a su edad cronológica, al alcanzar un índice de desarrollo, su crecimiento va disminuyendo, después de los 15 años es muy pequeño hasta perder su significación totalmente. Por lo que el Cociente Intelectual (C.I.) en los adultos tiene un significado distinto que el de los niños, pues mientras que en los niños va en aumento proporcional a la edad, en los adultos permanece constante.(10)

Cociente Intelectual (C.I.): es la relación que existe entre edad cronológica y edad mental.

Quizá por esta misma razón es que diversos autores, entre ellos Erick Stern y R.F. Creegan(11) señalan que para el niño pequeño

9.-Pichot, Pierre. Op. Cit. p.25.

10.-Guilford, J.P. "PSICOLOGIA GENERAL". Edit. Diana, 3a. Ed. p.485.

11.-Stern Erick y R.F. Creegan, "LA OBSERVACION Y LOS TESTS EN PSICOLOGIA CLINICA. Edit. Paidós, 2a. Ed. p.89-101.

ño, el test de inteligencia propiamente dicho, se ha ido desplazando cada vez más por el test de "desarrollo", que pretende medir -- los diversos aspectos de la personalidad infantil, como son: la motricidad, la capacidad de adaptación, los contactos sociales, el -- lenguaje, etc.

Si en un principio las pruebas de inteligencia pretendían la medición de "una habilidad mental", abarcando con dicho término una amplia gama de factores ajenos a la entidad que se intentaba medir, contaminando así los resultados, por no ser tomados en cuenta dichos factores. Pero vino Spearman(12) con su teoría, y sentó las bases para la creación de nuevos métodos, más claros y precisos para la medición de la inteligencia. Dicha teoría es conocida como: "teoría factorial", y postula que todas las aptitudes puestas de manifiesto por los tests cognositivos dependen de dos factores, -- uno: el factor "g" (general) común a todas, y otro: "s" (específico) peculiar y exclusivo de cada una de las aptitudes.

Posteriormente Thomson(13) dice: la inteligencia está constituida por un conjunto numeroso de elementos sin conexiones ni estructura fija. Cada test requiere el uso de cierto número de elementos, no unos elementos determinados, sino un grupo cualquiera de ellos, con tal que sea un número suficiente. Cada test extrae una muestra aleatoria de elementos. La correlación entre dos tests resulta del número de elementos que por azar son comunes en las --

12.-Spearman, Cit. Szekely Bela, p.161.

13.-idem.

dos muestras extraídas. Thomson postula que si ésto es así, las correlaciones deben ser positivas y jerárquicas. Y lo demuestra -- con el mismo rigor que Spearman.

La teoría Muestral de Thomson y la teoría Factorial de Spearman son igualmente compatibles con los hechos aducidos, el factor "g" sería en la interpretación de Thomson la riqueza de la inteligencia del Sujeto. Ambas teorías son, a pesar de sus profundas y reales diferencias, equivalentes desde el punto de vista de la explicación que dan a los hechos observados.

Thurstone(14) vino después con su teoría Multifactorial, en la cuál afirma que las actividades de los individuos son función de un cierto número de parámetros o atributos mesurables, que intervienen en diferente combinación y cuantía en los diversos tests. El método factorial (análisis factorial)* debe ser capaz de determinarlos objetivamente. Si uno o varios de ellos son generales es cuestión experimental y depende de lo que indiquen los hechos. A su método se le conoce con el nombre de análisis Multifactorial y es el más usado actualmente, por medio de él se descubrió un número crecido de factores en el campo de las aptitudes y en el de la personalidad.

*El Análisis Factorial pretende averiguar cuáles son las direcciones de la variación común entre un grupo de variables que se muestra comunmente mediante una tabla de correlaciones de cada una con cada una de las demás. Su finalidad es descubrir un pequeño número de factores -- subyacentes que proporcionen una explicación sencilla y significativa del conjunto completo de relaciones.

Es importante mencionar aquí que el test creado por Binet, a pesar de ser la primera prueba psicológica importante, aún en el presente se reconoce su valor.

Como se mencionó al principio, Binet(15) en 1904 ideó dicha prueba que comprendía la medición de funciones verbales y no verbales, además de dar una sola medición cuantitativa total de inteligencia.

En 1908 se hizo una revisión de las pruebas originales de Binet y Simon, y posteriormente hubo otras revisiones, siendo la última en 1937 en la Universidad de Stanford en los Estados Unidos, y la prueba es conocida hoy en día con el nombre de Stanford-Binet de inteligencia, o Terman-Merrill.(16)

Como las pruebas de Binet solo se podían aplicar por un examinador entrenado y en forma individual, durante la primera Guerra Mundial se idearon dos pruebas (la Alpha y la Beta del Ejército) - que podían ser aplicadas simultáneamente a decenas y aún a centenares de hombres, cosa que resultaría muy útil para clasificar al personal en las distintas labores del ejército.(17) Así fué como en 1917 se crearon los Tests de Inteligencia Colectivos.

Ultimamente la aparición de las Escalas de Wechsler ha desplazado a un segundo plano el uso de las revisiones Stanford para medir la inteligencia en el adulto. En el presente se reconoce --

16.-Cerdá, E. "PSICOLOGIA APLICADA", Edit. Herder 1966. p.82.

17.-Whittaker, James. "PSICOLOGIA" Edit. Interamericana, 2a. Ed.- p.p.421-427.

que hay una sola escala que está verdaderamente bien adaptada a la medida individual de la inteligencia del adulto, y ésta es la Escala de Inteligencia Wechsler-Bellevue (WAIS).(18)

Este test difiere del Stanford-Binet en que en vez de estar organizado por niveles de edad, todos los elementos de un tipo dado están agrupados en subtests y dispuestos por orden de dificultad dentro de cada subtest. Otro rasgo distintivo de esta escala, es la inclusión de subtests verbales y de ejecución a partir de los cuáles se calculan los cocientes de inteligencia verbal y de ejecución por separado.(19)

Lo que se pretendía en primera instancia al crear este test, era proporcionar un test de inteligencia apropiado para adultos. Y son muchos los autores que han considerado que el Wechsler/Bellevue es, entre todas las escalas de medición de la inteligencia en el adulto, la que cumple todos los requisitos necesarios en cuanto a confiabilidad y validez.

En el Test de Wechsler-Bellevue no se calcula la Edad Mental, cada individuo es considerado en relación con los individuos de la misma edad; se ha establecido un sistema de puntajes para las distintas tareas y, a partir de estos puntajes se obtiene el Cociente Intelectual (C.I.).(20)

Esta escala permite también que los adultos sean referidos a-

19.-Op. Cit. Cerdá, E. p.108.

20.-Op. Cit. Stern, Erick y Creegan R.F. p.p. 89-101.

los correspondientes grupos de edad, no conformándose por lo tanto, con la comparación de sus rendimientos con los que caracterizan a los catorce, dieciseis, o a lo sumo dieciocho años, además de que facilita distinguir claramente el defecto adquirido del congénito; pudiendo determinar de esta manera el deterioro intelectual. También detecta la presencia no solo de factores intelectuales, sino muchos otros factores en los resultados de los exámenes.(21)

En cuanto al examen de jóvenes mayores y de adultos, la escala Wechsler ofrece una ventaja indiscutible, pues permite una determinación del C.I. mucho más exacta que la que se puede obtener con la escala Binet-Simon y otros derivados de ella.(22)

Las características de este test ya mencionadas, así como las que a continuación se presentan, se pueden considerar como la razón principal por la cuál se utilizó la escala del WAIS en la presente investigación. También por ser la única que permite diferenciar las características de la Esquizofrenia Paranoide, y los efectos posibles que como consecuencia de la enfermedad, puede ocasionar en las funciones intelectuales del Sujeto, produciendo posiblemente un deterioro de dichas funciones. Ya que además de su uso como medida de inteligencia general, las escalas de Wechsler se han estudiado como posible ayuda en el diagnóstico psiquiátrico.(22)

Esta es otra de las características por la cuál también adquiere gran importancia esta prueba en el campo de la aplicación clínica

21.-Idem.

22.-Idem.

ca, pues a través de ella podemos superar deficiencias de otros métodos en la investigación, como el diagnóstico psiquiátrico, -- que no es en muchas ocasiones categórico, y además se cuenta con resultados experimentales publicados, acerca de la confiabilidad de esta escala.(23)

Conociendo las múltiples dificultades con que tropieza constantemente la Psiquiatría en lo que se refiere a mantener a través de un tiempo, de una misma época y en diferentes regiones, criterios unificados en cuanto a la clasificación de una misma enfermedad, es por ésto que las pruebas, además de su uso específico, se deben considerar como instrumentos valiosos en la unificación de criterios para la clasificación de diferentes nosologías.

23.-Megargee, Edwin I. "METRICA DE LA PERSONALIDAD", Vol. I. Edit. Trillas, p.p.78-87.

ALGUNOS ASPECTOS DEL WAIS
EN ESQUIZOFRENIA Y ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

CARACTERISTICAS DE LOS ESQUIZOFRENICOS Y ESQUIZOFRENICOS
PARANOIDES, EN LA ESCALA DEL WECHSLER Y EN EL
TEST GESTALTICO VISOMOTOR "BENDER".

En es capítulo señalaremos distintas características que - algunos autores han encontrado en la Escala del WAID y del --- Test Gestáltico Visomotor "Bender, de los cuadro de esquizofrenia y Esquizofrenia Paranoide en particular.

ESQUIZOFRENIA:

En lo que a éste padecimiento se refiere, Anderson y Anderson(1) en su libro "Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico, expone el análisis cualitativo de bs subtests del WAIS- hecho por Roy Chafer(2), y que es una de las pocas investigaciones del WAIS en esquizofrenia, con que se cuenta hasta ahora. A continuación lo presentamos.

En el subtest de INFORMACION, son frecuentes las fallas en items muy sencillos y las respuestas acertadas en items difíciles. También se dan respuestas incorrectas o de "no me acuerdo" a items que por su formación o intereses debería de resolver el sujeto. Las respuestas por adivinanza, neologismos y respuestas absurdas e impulsivas, son comunes.

En el subtest de COMPRENSION, también fallan en items sencillos y aciertan en cambio, los difíciles. Expresan preocupaciones que no vienen al caso, o dan respuestas egocéntricas y francamente inadecuadas, presentando reacciones de carácter moral intenso y desproporcionado, con intelectualizaciones impro-

1.-Anderson y Anderson, "TECNICAS PROYECTIVAS DEL DIAGNOSTICO - PSICOLOGICO. Edit. Pialp, S.A. 2a. Ed. p.613

2.-Chafer Roy, "CLINICAL APLICATION OF PSICOLOGICAL TESTS". Edit. International Universities Press,-1973. p.61

cedentes, y respuestas distintas de lo que el examinador preguntó.

En el subtest de RETENCION DE DÍGITOS: es franca la superioridad de la retención de dígitos hacia atrás, sobre la de los dígitos hacia adelante, y el empleo de sistemas arbitrarios para facilitar la memorización, tal como sumarlos.

En el subtest de ARITMETICA, fracasan en la mayoría de los items sencillos, mientras que resuelven correctamente uno o más de los items difíciles, dan respuestas por aproximación y soluciones bizarras. Presentan incapacidad para aprovechar cualquier ayuda.

En el subtest de SEMEJANZAS: Contaminan con incorrección - respuestas buenas y fallan en items sencillos, emplean conceptos muy amplios o sincréticos; concretos y confabulatorios. También se presenta la negación sistemática de la semejanza.

En el subtest de VOCABULARIO: Pueden fallar en items sencillos y resolver los difíciles; expresar asociaciones a los items en ocasiones, asociaciones onomatopéyicas extraordinariamente -- forzadas para definir las palabras.

En el subtest de ORDENAMIENTO DE FIGURAS: se presentan confusión o distorsión de los preceptos; discrepancias extremas entre la secuencia presentada y la historia narrada, fragmentación o bloqueo de las anticipaciones en items sencillos que llevan a considerar las figuras por separado, perdiendo de vista-

la continuidad de la secuencia; se dan también anticipaciones-
extrañas y arbitrarias basadas en detalles periféricos o en con-
sideraciones totalmente ajenas a la secuencia.

En el subtest COMPLETAMIENTO DE FIGURAS: dan respuestas --
erróneas en ítems sencillos y resuelven bien los difíciles, con
referencia a atributos o detalles cuya ausencia es obvia. Se pre-
senta incapacidad para reconocer ciertos objetos.

En el subtest CONSTRUCCION CON CUBOS: a veces emplean otros
colores distintos del rojo y del blanco, persisten en dar por -
buenas, construcciones incorrectas.

En el subtest ENSAMBLE DE OBJETOS: pueden no comprender,
no reconocer el perfil, o la mano una vez ensamblados, el ensam-
ble es relajado, y dan por buenas colocaciones absurdas.

En el subtest SÍMBOLOS LE DIGITOS: son frecuentes los erro-
res de copia, se saltan espacios anotando símbolos correctos en
espacios que no les corresponden, hay distorsiones muy señaladas
de los símbolos, y fluctuaciones muy marcadas en el ritmo de --
trabajo.

Tanto J.A. Portuondo(3) como A.M. Freedman y Kaplan(4) --
coinciden en afirmar que en el WAIS es indicativo de esquizofre-
nia si existe una elevada dispersión de los puntajes de los dis-
tintos subtests. Esta dispersión refleja una variabilidad y -

3.-Portuondo, J.A. "ESCALA DE WECHSLER BELLEVUE" (su enfoque --
clínico). Ed.Biblioteca Nueva-1970, p.72.

y desigualdad patológicas del funcionamiento intelectual. Estos dos autores afirman además, que en ciertos casos, el C.I. Verbal es considerablemente más alto que el C.I. Ejecutivo.

Portuondo continúa diciendo que los esquizofrénicos aportan los puntajes más bajos de la escala del WAIS en los subtests de semejanzas, Símbolos de Dígitos y Completamiento de Figuras. En el subtest de Construcción con Cubos, la puntuación es mucho mayor que en el subtest de Ensamble de Objetos. Y que cuando se presentan los puntajes de los subtests de Vocabulario e Información altos, y el subtest de Semejanzas muy bajo, se trata indudablemente de una esquizofrenia.

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE:

David Rapaport(5) y Juan A. Portuondo(6) están de acuerdo en que en los protocolos del WAIS de los esquizofrénicos Paranoides aparecen las siguientes características: El subtest de Comprensión se halla moderada e igualmente disminuida, a lo que añade Anderson(7) que puede permanecer elevada, a pesar del carácter singular de las verbalizaciones. Por lo que de aquí se deduce una contradicción, pues bien: o se halla disminuida como afirma Portuondo o, permanece elevada según Anderson.

Los primeros autores siguen diciendo que el subtest de Aritmética muestra una disminución progresiva, "la relación fuera de patrón" (o sea cuando la puntuación del subtest de Retención

5.-Rapaport, David. "TESTS DEL DIAGNOSTICO PSICOLOGICO". Edit.- Paidós-1965, p.76

6.-Portuondo, J.A. Op. cit. p.72

7.-Anderson y Anderson, Op. cit. p.613.

es mayor que la de Aritmética), lo cuál en sujetos "normales" - no sucede.

David Rapaport afirma que el subtest de Símbolos de Dígitos, puede hallarse considerablemente disminuido, y Portuondo - agrega que ésto sucede sobre todo en los casos agudos. Y ambos concuerdan en que el subtest de Ordenamiento de figuras se halla sumamente disminuido, sobre todo en los casos deteriorados. Lo que quiere decir que no hay capacidad de anticipación.

Los tres autores anteriores, afirman que: las puntuaciones relativamente altas en el subtest de Semejanzas, reflejan rasgos paranoides. Y que el descenso general en el nivel de ejecución, es característico de este cuadro.

Para terminar presentaré las características que según David Rapaport y J.A. Portuondo hacen el diagnóstico diferencial entre los cuadros de Esquizofrenia Paranoide: aguda, crónica y deteriorada.

- a).-Los casos crónicos muestran un relativo aplanamiento - de la gran dispersión correspondiente a los casos agudos, y se distinguen de ellos por la disminución de la eficiencia en los subtests de Información y Semejanzas.
- b).-Los casos deteriorados son los que presentan la mayor disminución de juicio (subtest de Comprensión), de la atención (Subtest de Retención de Dígitos), de la concentración (subtest de Aritmética), y de la capacidad de anticipación y planeamiento (Ordenamiento de Figu--



ras), y en contraste con los casos agudos y crónicos, tienden a mostrarse eficientes en el subtest de Ensamble de Objetos.

- c).-El mayor monto de dispersión se dá en los grupos deteriorados, ocupando los agudos el segundo lugar y los crónicos el tercero.

CARACTERISTICAS DEL BENDER EN

ESQUIZOFRENIA.

Pascal y Suttell construyeron en 1951, un nuevo sistema de análisis y puntuación del Bender, que tiene un alto valor -- discriminativo entre enfermos mentales y sujetos normales. Por medio de normas de puntuación, asignaron valores diferenciales -- a cada error de reproducción (según su frecuencia en sujetos -- normales), dando el valor máximo del puntaje de error a las fallas más infrecuentes en los normales.(8)

En los Tests Bender aplicados a esquizofrénicos, son frecuentes, las siguientes características:

- 1.-Amontonamiento y Superposiciones, por falta de atención a los límites.
- 2.-La fragmentación por perturbación perceptual, que también se presenta en el daño cerebral.
- 3.-Tratamiento de la figura a nivel concreto, por ejemplo: en el modelo tres, una bandada de pájaros volando, esto indica una regresión grave.

8.-Pascal y Suttell, "TECNICAS DE EVALUACION DE SALUD/ENFERMEDAD", Edit. Paidós. 2a. Ed.

- 4.-la forma rotativa es característica de la disociación es quizofrénica, aunque no es ni inmutable, ni total en su funcionamiento, también se presenta en pacientes orgánicos.
- 5.-Figuras adheridas formando conglomerados u otras figuras
- 6.-Desplazamiento: desvío de la relación entre las partes de la figura. Indica una reacción atípica y eventualmente extraña ante la tarea.
- 7.-Ejecución demasiado perfecta: copia cuidadosa y controlada, tipo réplica del modelo. Indicador de un esfuerzo -- por mantenerse integrado frente a la inminente desorgani zación.
- 8.-La disociación, que se produce en los esquizofrénicos, re vela la tendencia hacia la reversión a los principios -- más primitivos.
- 9.-La perturbación fundamental que encontramos en la esqui- zofrenia, es la escisión, que se expresa mediante una -- disociación de las figuras gestálticas, a menudo las dis torsiona básicamente de manera que los principios gestal ticos se desquebrajan.
- 10.-Fallas en la integración de la configuración de un todo por lo que los modelos pueden ser representados median- te cualquier tosco conglomerado.(9)

INDICADORES PATOGNOMONICOS EN LOS ESQUI-
ZOFRENICOS (en la Prueba de Bender).

- 1.-Signos de disociación de la figura como un todo: adherencias, amontonamientos, superposiciones, conglomerados.
- 2.-Fragmentación por perturbación perceptual.
- 3.-Sustitución de puntos por círculos.
- 4.-Representación de líneas punteadas como líneas hondulantes.
- 5.-Tendencias a la perseveración de una copia a otra.
- 6.-Micropsia.
- 7.-Rotación.
- 8.-Acentuación de los planos horizontales.
- 9.-Exclusión de formas en cruz y formas angulosas.
- 10.-Fallo en la configuración total o en la integración adecuada de una o más partes del todo.
- 11.-Desplazamiento.
- 12.-Tratamiento de la figura a nivel concreto.
- 13.-Ejecución demasiado perfecta, (esquizofrénicos incipientes.(10)

10.-Idem

CARACTERISTICAS DEL BENDER EN EL CUADRO ESQUIZOFRENICO,

(SEGUN Hutt.)

- 1.-Secuencia confusa o caótica.
- 2.-La primera figura colocada en lugar muy anormal.
- 3.-Tamaño muy grande y uso excesivo de papel.
- 4.-Uso excesivo de margen.
- 5.-Dificultad marcada en los cierres.
- 6.-Rotación (moderada) en las curvas.
- 7.-Regresión.
- 8.-Fragmentación (moderada o severa)
- 9.-Elaboración (severa)
- 10.-Perseveración.
- 11.-Repintamiento. (Varios intentos de hacer una figura).
- 12.-Simplificación.

N o t a: Se considera que con la aparición de 5 signos ya es suficiente para hacer diagnóstico, o con 2 signos suficientemente marcados.

C A P I T U L O I I

MATERIAL Y METODO

MATERIAL Y METODOS.

1.-MATERIAL:

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico del -
I.M.S.S.

Se estudiaron 34 pacientes internados en este Hospital, revi
sándose sus expedientes clínicos y sus estudios psicológicos.
Después se diseñó una hoja de registro para la recopilación-
de los datos, sacados tanto del expediente clínico, como del
estudio psicológico de cada uno de los pacientes programados
en la investigación.

2.-METODO:

Se revisaron detenidamente todos los expedientes de los pa--
cientes que ingresaron en un período comprendido de enero de
1972 a enero de 1975, con objeto de seleccionar aquéllos que
tuvieran estudios psicológicos, y que no presentaran daño ce-
rebral desde el punto de vista clínico. Excluyéndose todos -
aquellos expedientes que no contaran con pruebas psicológi--
cas, se encontraron 34 expedientes que llenaron estos requi-
sitos.

Del expediente clínico se registraron datos tales como: edad,
sexo, escolaridad, ocupación, diagnóstico clínico, etc. Y --
del estudio psicológico: los resultados de cada uno de los -
subtests del WAIS y el Coeficiente Intelectual (C.I.), ade--
más de los datos obtenidos del test Gestáltico Visomotor de-

Lauretta Bender. Los resultados obtenidos se anotaron en la hoja de registro hecha con esta finalidad.

3.-GENERALIDADES DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WAIS.

El test de inteligencia WAIS, está constituido por once pruebas homogéneas denominadas subtests. Wechsler dividió los subtests de su escala en seis subtests Verbales y en cinco subtest de Ejecución, estos son:

- | | |
|-----------------|---|
| Verbales: — | <ul style="list-style-type: none"> a).-Información b).-Comprensión c).-Aritmética d).-Semejanzas e).-Retención de Dígitos f).-Vocabulario |
| De Ejecucion: — | <ul style="list-style-type: none"> a).-Símbolos de Dígitos b).-Completamiento de Figuras c).-Diseños con Cubos d).-Ordenamiento de Figuras e).-Ensamble de Objetos |

La suma de los puntajes pesados correspondientes a los subtests Verbales, y la suma de los puntajes pesados correspondientes a los subtests de Ejecución, se transforman mediante tablas especiales de Cocientes Intelectuales (C.I.), en C.I. Verbales y C.I. de Ejecución, y la suma total de los

once subtests, en C.I. Total. El factor edad participa mediante tablas de C.I. especiales para los puntajes pesados de cada nivel cronológico.

Las distintas funciones intelectuales que exploran los subtests son las siguientes:

Información:-Este subtest examina la memoria y el esfuerzo inmediato.

Comprensión:-Explora la capacidad de juicio.

Aritmética:-Se considera el subtest de concentración.

Retención de Dígitos:-Mide la atención y el nivel de ansiedad

Vocabulario:-Explora la dotación natural y refleja la eficiencia máxima del Sujeto.

Símbolos de Dígitos:-Explora la actividad imitativa, capacidad de aprendizaje, coordinación visomotriz.

Ordenamiento de Figuras:-Es un subtest de aptitud de anticipación y planeamiento. Explora también la organización visual.

Diseños con Cubos:-Explora la capacidad de análisis y síntesis

Completamiento de Figuras:-Es un test de concentración visual, mide el esfuerzo sistemático voluntario y selectivo

Ensamble de Objetos:-Es un test de organización visual, y formación de anticipaciones.(1)

1.-Rapaport, David, "TESTS DEL DIAGNOSTICO PSICOLOGICO". Edit. Paidós, 2a. Ed. p.31.

4.-GENERALIDADES DE EL TEST GESTALTICO VISOMOTOR "BENDER".

Este test fué creado por Lauretta Bender, su función es explorar la naturaleza de las funciones gestálticas, explorar la coordinación visomotriz y sirve como ayuda al diagnóstico de ciertos desajustes de orden emocional, por ejemplo: psicosis maniacodepresiva o esquizofrenia, u orgánico, por ejemplo: daño cerebral.

El test está formado por ocho figuras, las cuáles se le van mostrando una a una al Sujeto, y él las reproducirá en una hoja de papel tamaño carta.

Los factores que mide esta prueba son los siguientes:

- a).-Orden de los dibujos.
- b).- Colocación,
- c).-El uso del espacio en blanco.
- d).-Modificaciones de la gestalt, entre las que se encuentran: Elaboración, rotación, inversión, regresión, angulación, condensación y simplificación. Perseveración, Cierres, Fragmentación, Superposición.

Dependiendo de la cualidad y cantidad de fallas en la prueba se puede llegar a ubicar al Sujeto en un síndrome determinado, buscando corroborar los resultados, con la ayuda de otras pruebas.(2)

2.-Bender, Lauretta, "TEST GESTALTICO VISOMOTOR". Edit. Paidós, 6a. Ed.

5.-SELECCION DE PACIENTES:

Hubo cuatro condiciones para aceptar a los pacientes:

- a).-Que tuvieran diagnóstico clínico de Esquizofrenia Paranoide.
- b).-Que tuvieran pruebas psicológicas WAIS y BENDER.
- c).-Que no tuvieran daño cerebral. (Desde el punto de vista clínico).
- d).-Que tuvieran una escolaridad mínima de Primaria.

6.-REVISION DE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS.

- a).-Se examinaron los once subtests de la Escala del WAIS, - éstos son: Información, Comprensión, Aritmética, Semejanzas, Vocabulario, Retención de Dígitos, Símbolos de Dígitos, Ordenamiento de Figuras, Completamiento de Figuras, Construcción con Cubos y Ensamble de Objetos; tomándose en cuenta las funciones subyacentes a cada subtest, con el propósito de observar el grado en que se afectan dichas funciones. Estas son: Memoria, juicio, atención, concentración, nivel de abstracción, dotación natural, capacidad de aprendizaje, coordinación visomotriz, planeación y anticipación, capacidad de análisis y síntesis, organización visual y formación de anticipaciones.

b).-Se registraron también los Cocientes intelectuales: -

Verbal, Ejecutivo y Total.

c).-Se anotaron las verbalizaciones raras de los subtests esencialmente verbales (Vocabulario, Información, Comprensión, y Semejanzas), con el objeto de ver su frecuencia de aparición.

d).-En relación al Test Gestáltico visomotor BENDER, se registraron los siguientes rasgos: orden de las figuras, colocación, margen, tamaño, uso del espacio en blanco, modificaciones de la Gestalt, tales como: cierres, fragmentación, superposición, elaboración, simplificación, y modificaciones varias, tales como: incremento en la angulación, incoordinación motora y dificultad de hondulación.

Esto se hizo con el objeto de determinar si las funciones visomotoras se ven afectadas por el cuadro de la Esquizofrenia Paranoide, y en caso de que ésto suceda, ver cuáles son las que más se afectan.

7.-HIPOTESIS DE TRABAJO:

- a).-Las puntuaciones relativamente altas en el subtest de Se-
mejanzas, reflejan rasgos eminentemente paranoides, exis-
tiendo además, verbalizaciones raras y singulares.(3)
(4)(5).
- b).-En los Esquizofrénicos Paranoides, existen distorsiones -
perceptuales en el subtest de Ordenamiento de Figuras, en
donde la anticipación se encuentra muy disminuida.(6)(7)-
(8).
- c).-En los Esquizofrénicos Paranoides, la velocidad visomo-
triz en el subtest de Símbolos de Dígitos se halla suma-
mente disminuida.(9)(10).
- d).-Comprobar si el Esquizofrénico Paranoide tiene un Cocien-
te Intelectual diferente del Normal Promedio obtenido --
por WAIS.
-

3,6,9.-Andersen y Anderson, "TECNICAS PROYECTIVAS DEL DIAGNOSTI-
CO PSICOLÓGICO". Edit. Rialp.

4,7,10.-Portuondo, J.A. "ESCALA DE WECHSLER-BELLEVUE" (su enfo-
que clínico). Ed. Biblioteca Nueva-1970, p.66

5, 8.-Rapaport, David, "TESTS DEL DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO", --
Edit. Paidós, 2a. Ed. p.76.

C A P I T U L O I I I

RESULTADOS

RESULTADOS.

En la presente investigación se creyó necesario tomar en cuenta los datos personales de los Sujetos que intervinieron en ella, con el propósito de sacar posibles conclusiones de dichos datos, Tales son:

- a).-Sexo
- b).-Edad
- c).-Estado Civil
- d).-Escolaridad
- e).-Ocupación

a).-RESULTADOS DE LOS DATOS PERSONALES:

El número de sujetos del sexo masculino, fué ostensiblemente mayor que el del sexo femenino, como se podrá observar en la siguiente gráfica.

GRAFICA # I (DEL SEXO)

Sexo	Número de Sujetos	Porcentaje
Femenino	9	32.35
Masculino	<u>25</u>	<u>67.65</u>
T o t a l	34	100.00



Las edades de los Sujetos que intervinieron en el estudio, fueron muy variables: desde los 17 hasta los 42 años, siendo el promedio de 28.32 años. (Consultar en el Apéndice # 1: las edades de los Sujetos, y su frecuencia).

Edad	Años
Mínima	17.00
Promedio	28.32
Máxima	42.00

Acerca de el Estado Civil tenemos: que el número de - Sujetos solteros sobrepasa considerablemente al de casados, pues se encontró que de los 34 Sujetos, 21 eran solteros, - 12 eran casados, y sólo 1 divorciado.

Estado Civil	Número de Sujetos	Porcentaje
Solteros	21	61.76
Casados	12	35.30
Divorciados	<u>1</u>	<u>2.94</u>
T o t a l	34	100.00

Unicamente tres Sujetos hicieron nada más Estudios primarios, el resto continuó con sus estudios: 12 hicieron Secundaria, 5 llegaron a Preparatoria, 3 estudiaron Comercio, otros 3 hicieron Carrera Profesional hasta titularse, 4 aunque estudiaron Carrera Profesional, no se titularon, y 2 unicamente, estudiaron una Carrera Técnica.

GRAFICA # 4 (DE LA ESCOLARIDAD)		
Grado de Escolaridad	Número de Sujetos	Porcentaje
Primaria	3	8.82
Secundaria	12	35.30
Preparatoria	5	14.71
Comercio	3	8.82
Profesional completa	5	14.71
Profesional incompleta	4	11.74
Carrera Técnica	<u>2</u>	<u>5.90</u>
T o t a l	34	100.00

Las ocupaciones de los Sujetos de esta investigación, - fueron las siguientes: Un maestro, un comerciante, -- uno sin ocupación, dos obreros, dos secretarias, dos - doctores, cinco estudiantes, cinco amas de casa, tres - técnicos y doce empleados.

GRAFICA # 5 (DE LA OCUPACION)		
Ocupación	Número de Sujetos	Porcentaje
Sin ocupación	1	2.95
Amas de Casa	5	14.71
Obreros	2	5.90
Empleados varios	12	35.21
Secretarias	2	5.90
Comerciantes	1	2.95
Estudiantes	5	14.71
Técnicos	3	8.82
Maestros	1	2.95
Doctores	<u>2</u>	<u>5.90</u>
T o t a l	34	100.00

El siguiente esquema se refiere a la concordancia entre el diagnóstico Psiquiátrico y el diagnóstico por pruebas Psicológicas, los cuáles coincidieron el 26 de los 34 casos.

Hubo discrepancia en 8 diagnósticos, en donde en un principio el diagnóstico Psiquiátrico sugería otro padecimiento, corrigiéndolo posteriormente, y aceptando un nuevo diagnóstico: el de Esquizofrenia Paranoide.

GRAFICA # 6 (CONCORDANCIA ENTRE DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO Y PRUEBAS PSICOLOGICAS).

	Número de Casos	Porcentaje Porcentaje
Diagnóstico Psiquiátrico y Pruebas Psicológicas.	Concordancia 26	76.47
	Discrepancia <u>8</u>	<u>23.53</u>
	T o t a l 34	100.00

b).-RESULTADOS DEL WAIS:

Si una de las principales funciones de la Escala WAIS es: Determinar el Cociente Intelectual, en nuestra investigación consideramos importante conocer este dato acerca de la muestra de Sujetos participantes en ella. Y a fin de facilitar la comprensión de los resultados obtenidos respecto al C.I. en la siguiente gráfica se presentan los puntajes promedio de nuestra población, y los puntajes promedio en una muestra de Sujetos "normales" reportada por Wechsler en el manual de aplicación del WAIS.

GRAFICA # 7 (DEL COCIENTE INTELECTUAL)		
Cociente Intelectual	Sujetos Normales (Porcentaje)	Esquizofrenicos Paranoides (porcentaje)
Muy Superior	2.2	----
Superior	6.7	----
Normal Brillante	16.1	11.6
Promedio	50.0	50.5
Normal Bajo	16.1	26.3
Borderline	6.7	11.6
Deficiente Mental	2.2	----
T o t a l	100.0	100.0

Como se puede observar, dentro de nuestra muestra no hubo ningún paciente con C.I. Muy Superior, Superior, ni --

Deficiente Mental. Y aunque el C.I. Promedio varía únicamente cinco décimos en favor de nuestra muestra, hay una notoria diferencia en cambio, en cuanto al C.I. Normal -- Brillante, Normal Bajo y Borderline, favoreciendo en ambos casos a los Sujetos "normales".

GRAFICA # 8 (FRECUENCIAS DE PUNTAJES DE
LOS SUBTESTS DEL WAIS).

SUBTESTS	FRECUENCIAS DE PUNTAJES							T o t a l
	El más alto	Muy alto	Alto	Regular	Bajo	Muy Bajo	El más Bajo	
Vocabulario	10	10	7	5	2	0	0	34
Información	9	11	4	4	3	2	1	34
Semejanzas	7	3	7	10	4	2	1	34
Comprensión	6	7	7	2	4	1	7	34
Construcción con Cubos	5	2	2	5	6	12	2	34
Completamiento de Figuras	3	6	11	7	5	1	1	34
Aritmética	2	1	3	4	13	7	4	34
Ordenamiento de Figuras	2	3	7	6	8	6	1	34
Retención de Digitos	0	1	2	6	8	9	8	34
Ensamble de Objetos	0	3	4	8	2	5	11	34
Símbolos de Digitos	0	0	1	4	5	12	12	34

Para determinar el orden de colocación de los once subtests en la gráfica anterior, se tomó como base la frecuencia del puntaje más alto de cada uno de los subtests. Y como se puede apreciar aquí, correspondió a Vocabulario el primer lugar, o sea que el mayor número de sujetos alcanzó la más alta puntuación en este subtest. Y el último lugar les correspondió a Retención de Digitos, Ensamble de Objetos y Símbolos de Digitos.

Así mismo tenemos que: en el Subtest de Símbolos de Dígitos se registró la mayor frecuencia de puntajes más bajos, --- mientras que en Vocabulario, ningún sujeto tuvo la más baja calificación. Además de que casi coinciden en orden inverso de - frecuencia, los tres primeros y los tres últimos subtests.

De los resultados anteriores se desprenden las siguientes inferencias acerca de la muestra de sujetos de esta investigación.

- 1.-La dotación natural (subtest de Vocabulario) es la función más conservada.
- 2.-La capacidad de abstracción (subtest de Semejanzas) se ha visto ligeramente afectada.
- 3.-La memoria mediata (subtest de Información) se encuen--tra conservada.
- 4.-El juicio (Subtest de Comprensión) sufrió una disminu--ción significativa.
- 5.-La capacidad de Análisis y Síntesis (Subtest de Diseños con Cubos) ha sufrido ligera disminución.
- 6.-El esfuerzo sistemático, voluntario y selectivo (sub---test de Completamiento de Figuras) está muy disminuido.
- 7.-La concentración, (subtest de Aritmética) ha disminui--do considerablemente.

- 8.-La anticipación y planeamiento, (subtest de Ordenamiento de Figuras) se han visto severamente afectadas.
- 9.-La anticipación y memoria retentiva (subtest de Retención de Dígitos) ha fallado, pues las ideas, la ansiedad y los afectos sobrecargados la perturban.
- 10.-La coordinación visomotriz y la formación de anticipaciones (subtest de Ensamble de Objetos) son otras de las funciones gravemente afectadas.
- 11.-El factor "aprendizaje" y la actividad imitativa, así como la organización visomotriz (subtest de Símbolos de Dígitos) son las funciones más afectadas en nuestra población.

Por otro lado, en el subtest de Retención de Dígitos, - la relación fuera de patrón se encontró en el 36.6 por ciento de los casos. O sea que el puntaje del subtest de Retención de Dígitos fué mayor que el puntaje del subtest de Aritmética. Esto significa que 12 de los 34 sujetos, tienen más perturbada la -- concentración que la atención, lo cuál en sujetos "normales" no sucede.

Las respuestas raras, extravagantes o peculiares, son frecuentes en Sujetos con patología mental de tipo esquizofrénico, mientras que en sujetos "normales", no se dan esta clase de respuestas. En los protocolos del WAIS de nuestros pacientes, se encontraron verbalizaciones raras en la mayoría de los casos, ya fuera en uno o en varios de los subtests Verbales, por ejemplo: en el subtest de Comprensión, 25 sujetos dieron respuestas peculiares, en Semejanzas, 22, en Vocabulario 16, en Información hubo solo 12 protocolos con respuestas raras. Y únicamente en 5 de los 34, no se registraron esta clase de respuestas. Consultar Apéndice dos.

GRAFICA # 9 (DE VERBALIZACIONES RARAS)

Subtests	Número de Respuestas peculiares	Porcentaje
Comprensión	25	73.52
Semejanzas	22	64.67
Vocabulario	16	47.30
Información	12	36.30
Sin verbalizaciones--	5	14.70

El test del WAIS es susceptible de detectar si el Nivel Intelectual de los Sujetos ha sufrido una pérdida significativa, llamándosele a ésta: Deterioro Intelectual Significativo. En este caso podemos observar que en 22 de los 34 pacientes, se presentó tal deterioro.

GRAFICA # 10 (DEL DETERIORO INTELECTUAL)

Deterioro Intelectual	Número de Sujetos	Porcentaje
Presencia	22	64.70
Ausencia	<u>12</u>	<u>35.30</u>
T o t a l	34	100.00

c).-RESULTADOS E INTERPRETACION DE LA ESCALA VISOMETORA
DE BENDER

1.-ORDEN DE LAS FIGURAS:

15 Sujetos ordenaron sus figuras en forma lógica: con buen planeamiento y distribución en el espacio. 16 sujetos las ordenaron en forma irregular fuera de secuencia, lo que significa que sus dibujos están más acordes con sus necesidades internas que con la faena, y más acordes con la proporción del espacio, que con los requerimientos de un buen plan. En 3 casos, el orden fué caótico, lo cuál es frecuente en sujetos en estado psicótico.

GRAFICA # 11 (ORDEN DE LAS FIGURAS)		
Orden de las Figuras	Número de Sujetos	Porcentaje
Lógico	15	44.1
Irregular	16	47.1
Caótico	<u>3</u>	<u>8.8</u>
T o t a l	34	100.00

2.-COLOCACION DE LAS FIGURAS:

En 23 de los 34 sujetos, la colocación fué expansiva, (los dibujos fueron esparcidos en una o más hojas). Se dice que hay una correlación entre la forma expansiva y el estado de exaltación. La colocación constreñida se presentó en 4 casos: (utilizaron menos de las dos terceras partes de la hoja). Hay una correlación entre esta forma de colocación, con la depresión y rigidez. En 7 casos la colocación fué normal.

GRAFICA # 12 (COLOCACION DE LAS FIGURAS)		
Colocación	Número de Sujetos	Porcentaje.
Expansiva	23	67.7
Normal	7	20.6
Constreñida	4	11.7
T o t a l	34	100.0

3.-TAMAÑO DE LAS FIGURAS:

8 sujetos aumentaron el tamaño en todas las figuras, y 13 aumentaron sólo las últimas. 6 sujetos disminuyeron de tamaño todas las figuras, y 6 disminuyeron solo las primeras. Y únicamente hubo 6 casos en donde el tamaño de todas las figuras fué normal.

Tamaño de las Figuras	Número de Sujetos	Porcentaje
Aumento en todas	8	23.5
Aumento en las últimas	13	38.2
Disminución de todas	6	17.6
Disminución en las primeras	6	17.6
Normal	6	17.6

Como se puede observar, el número de sujetos que aumentaron algunas o todas las figuras, es mayor que el número de sujetos que las hicieron en tamaño normal, o más pequeñas. Este rasgo coincide también con la colocación expansiva que se dió en la mayoría de los casos, y se correlaciona así mismo con el estado de humor y de manía que pudiera existir. El tamaño constreñido de todas o de algunas de las figuras, está correlacionado con rigidez, depresión y ansiedad, coincidiendo también con aquellos casos en donde la colocación fué constreñida.

4.-ESPACIO EN BLANCO: 15 sujetos hicieron uso extenso del espacio en blanco. 14 sujetos utilizaron el espacio normal, y 5 utilizaron el espacio mínimo. Se han encontrado características de oposición y agresividad en sujetos que hacen uso extenso del espacio en blanco. Y características de masoquismo y proyección de hostilidad hacia el mundo en forma paranoide, en sujetos que comprimen los dibujos en una sección compacta del papel. La afirmación anterior hecha por Hutt se contrapone a los resultados de nuestra investigación, en donde de ser cierto lo que Hutt postula, la mayoría de los hubieran utilizado el mínimo espacio, siendo exactamente lo contrario, Y dado que en bs puntos anteriores, el rasgo preponderante fue: la extensión , expansión, o ampliación, este cuarto rasgo también se correlaciona, pues es de esperarse que si los sujetos tienden a hacer figuras aumentadas, con colocación expansiva, el uso del espacio en blanco, sea extenso.

GRAFICA # 14 (USO DEL ESPACIO EN BLANCO)

Espacio en Blanco	Número de Sujetos	Porcentaje
Extenso	15	44.2
Normal	14	41.1
Mínimo	<u>5</u>	<u>14.7</u>
T o t a l	34	100.00

5.-DIFICULTAD EN CIERRRES: Encontramos que 20 sujetos tuvieron dificultad moderada en el cierre de las figuras. 10 mostraron una dificultad severa, y unicamente 4 no tuvieron dificultad alguna. Este rasgo es característico de los psiconeuróticos, y está relacionado con el conflicto sexual. - También se dá en las lesiones orgánicas, por inabilidad para completar la tarea, en los estados psicasténicos, y en los esquizofrénicos.

GRAFICA # 15 (DIFICULTAD EN CIERRRES)

Dificultad en Cierres	Número de Sujetos	Porcentaje
Moderada	20	58.8
Severa	10	29.5
Ninguna	<u>4</u>	<u>11.7</u>
T o t a l	34	100.00

Como se puede observar en la gráfica, la mayor parte de los sujetos de nuestra investigación presentaron dificultad, ya fuera moderada o severa, al terminar las figuras. Dentro de las características del BENDER en el Síndrome Clínico de la Esquizofrenia, el Dr. Hutt nos lo presenta la dificultad en cierrés, como un rasgo característico de ésta, por lo que hay una concordancia entre esta afirmación, y los resultados obtenidos en el presente estudio.

6.-ROTACION: La rotación es definida como un cambio en la posición de los ejes de la figura, la cuál puede ser en parte, o totalmente rotada, como un todo o en una forma gradual. Se presenta particularmente en las lesiones orgánicas del cerebro. La rotación está connotada con un disturbio de la realidad, y es evidente de una percepción bizarra. Es sinónimo de desorientación e indica un proceso de disociación.

Con la anterior descripción de "rotación", era de esperarse encontrar este rasgo en un número significativo de nuestra muestra de sujetos. Además de que Hutt lo incluye como un rasgo característico de los esquizofrénicos, sin embargo los resultados encontrados, discrepan significativamente, pues si bien es cierto que 5 sujetos rotaron severamente sus figuras, y 3 lo hicieron moderadamente, en cambio en 26 casos, no hubo rotación alguna.

GRAFICA # 16 (ROTACION)

Rotacion	Número de Sujetos	Porcentaje
Ninguna	26	78.7
Mínima	3	6.5
Severa	<u>5</u>	<u>14.7</u>
T o t a l	34	100.00

7.-MARGEN:-Algunas veces los sujetos usan el filo del papel como guía para algunos o todos los dibujos. Esto indica la necesidad de una ayuda externa (mecánica) como un factor estabilizador, o como una compensación por la pérdida o falta de control. La anterior afirmación del Dr. Hutt es vaga e imprecisa, el término "algunas veces" no nos dice mucho, por lo tanto la interpretación también se pone en tela de juicio, por lo menos en nuestros sujetos; 23 de ellos no utilizaron el margen, mientras que 11 sí lo hicieron. No era de esperarse que en el caso especial de los esquizofrénicos buscaran en el margen ese factor estabilizador del que Hutt nos habla? Sin embargo vemos que más del doble no lo hicieron.

GRAFICA # 17 (MARGEN)

Margen	Número de Sujetos	Porcentaje
Presente	11	32.3
Ausente	<u>23</u>	<u>67.7</u>
T o t a l	34	100.00

8.-De los siguientes rasgos, solo se registró su ausencia o presencia en las figuras de los Esquizofrénicos Paranoides que conformaron la muestra para el presente estudio.

Estos rasgos serán presentados según su frecuencia de aparición, en orden descendente, dándose una interpretación, de los rasgos lo ameriten.

Presencia de Rasgos	Número de Sujetos	Porcentaje
a).-Tendencia a la Superposición	16	47.8
b).-Incoordinación Motora	14	41.1
c).-Incremento en la Angulación	13	38.1
d).-Regresión	13	38.1
e).-Dificultad en Curvaturas	9	26.4
f).-Dificultad de Angulación	7	20.5
g).-Perseveración	7	20.5
h).-Superposición	4	11.7
i).-Fragmentación y Elaboración	2	5.8
j).-Condensación y Simplificación	1	2.9

I n t e r p r e t a c i o n: La tendencia a la Superposición se presentó en 16 de los 34 sujetos. Esta se dá por incapacidad del sujeto para establecer límites, y ocurre generalmente como resultado de una lesión cerebral.

La incoordinación motora se dió en 14 sujetos. Esta puede suceder por lesiones fisiológicas y musculares.

Incremento en la angulación: 13 sujetos presentaron este rasgo, lo cuál ocurre en personas emotivas, que son lábiles o irritables.

C A P I T U L O I V

ANALISIS ESTADISTICO

ANALISIS ESTADISTICO

1.-Obtención de la Media y de la Desviación Estandar.

Los puntajes obtenidos por los sujetos motivo de nuestro estudio, tanto en cada una de las escalas de la Prueba del -- WAIS, como los puntajes correspondientes al C.I. y a sus edades, fueron agrupados a través de tablas, o distribuciones de frecuencias a intervalos regulares, pretendiendo, de esta manera, ver más claramente la distribución que presentaban dichos puntajes.

Posteriormente, con base en estas distribuciones, se obtuvieron las gráficas correspondientes (Histogramas), con las cuáles podemos apreciar aún más claramente la distribución de los puntajes aludidos. Consultar Apéndice uno.

Para determinar tanto el Cociente Intelectual Promedio - de los Esquizofrénicos Paranoides, como la media de los puntajes de los subtests de la escala del WAIS, se utilizó la siguiente fórmula: $\bar{X} = \frac{\sum f x}{N}$

Por otra parte, para determinar la desviación de los puntajes en torno al promedio calculado en ambas pruebas, se hizo uso de la Desviación Estandar siguiente:

$$S = \sqrt{\frac{\sum f(x-\bar{x})^2}{N}}$$

En seguida presentamos los resultados obtenidos, tanto de la media, como de la desviación estandar en: edades, Cociente Intelectual y en los once subtests del WAIS.

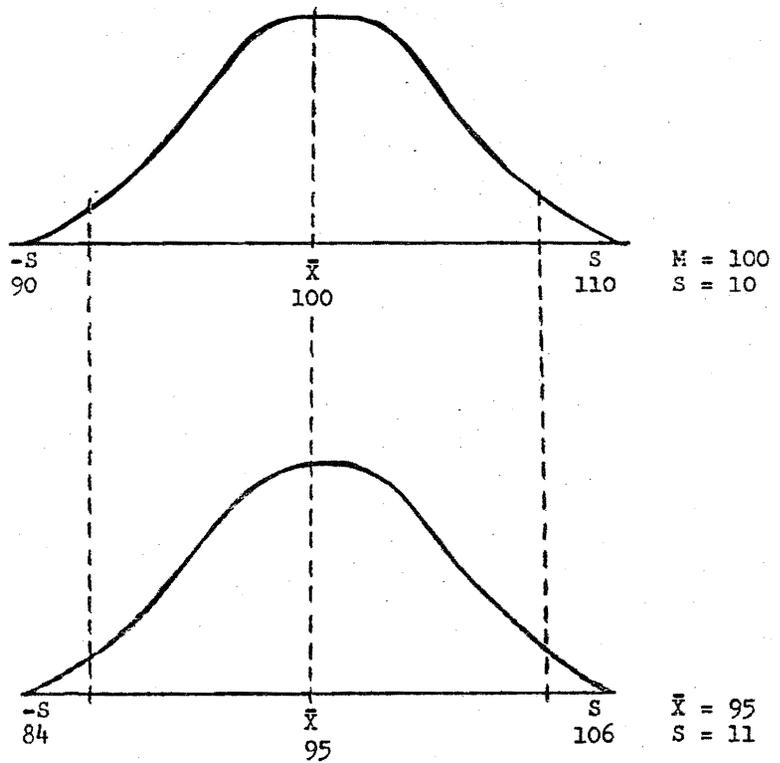
	<u>Media</u>	<u>Desviación Estandar</u>
Edades	28.32	7.10
C. I. —		
Verbal	97.88	12.39
Ejecutivo	91.85	11.73
Total	94.94	10.98
Subtests		
Información	10.74	2.89
Comprensión	9.85	3.76
Aritmética	8.35	2.61
Semejanzas	10.03	2.44
Retención de Dígitos	7.12	2.68
Vocabulario	11.11	2.13
Símbolos de Dígitos	6.26	2.37
Completamiento de Figuras	9.03	2.43
Construcción con Cubos	8.79	2.79
Ordenamiento de Figuras	8.44	2.03
Ensamble de Objetos	8.05	2.55

Consultar Apéndice uno.

Con objeto de visualizar con facilidad la variación que sufre el C.I. en los esquizofrénicos paranoides, respecto al C.I. en sujetos "normales", incluimos a continuación, gráficas comparativas de la Curva de Gauss, en donde se puede apreciar la variación aludida.

GRAFICAS NORMALES COMPARATIVAS

del promedio del C.I. obtenido mediante la Escala de Inteligencia WAIS, y el promedio obtenido mediante nuestra muestra de 34 pacientes con diagnóstico de : ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.



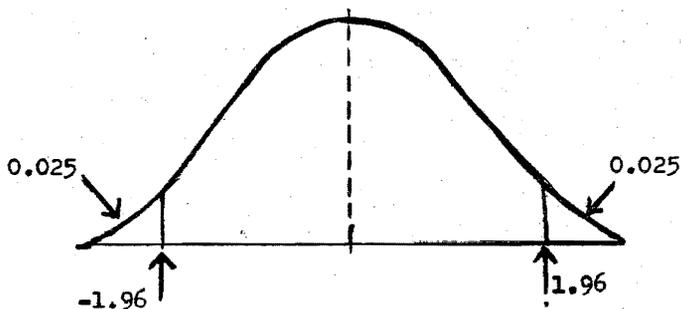
En base a los resultados obtenidos (media y Desviación Estándar) y que se muestran en nuestras gráficas comparativas, los cuáles determinan una variación en el C.I. promedio de ambos grupos, fué necesario someter los resultados a una Prueba de Hipótesis, -- ello para comparar si el C.I. Promedio de los esquizofrénicos paranoides es diferente al C.I. de los sujetos "normales".

Consideramos en nuestra prueba de Hipótesis un nivel de significación del 0.05. Es decir, dándole 5 posibilidades en 100 de cometer error de tipo I (rechazo de una hipótesis cuando debería ser aceptada), o bien, dándole un 95% de confianza a la prueba.

2.-PRUEBA DE HIPOTESIS:

$H_0: M = 100$. No hay cambio en el promedio de los esquizofrénicos paranoides.

$H_1: M \neq 100$. Si hay cambio en el promedio del C.I. de los esquizofrénicos paranoides.



Regla de decisiones:

Si el valor que se obtenga de "Z" se encuentra fuera del intervalo -1.96 a 1.96 , la prueba será significativa y por tanto recha--

zo Ho.

$$Z = \frac{\bar{X} - M}{\frac{\sigma}{\sqrt{N}}} = \frac{94.94 - 100}{\frac{10.98}{\sqrt{34}}} = \frac{-5.06}{1.88} = -2.69$$

Como el valor obtenido se encuentra fuera del intervalo citado, la prueba resultó ser significativa, y por lo tanto rechazo la Hipótesis Nula Ho.

Lo que quiere decir, que con un 95% de confianza puedo afirmar que: el C.I. de los Esquizofrénicos Paranoídes, es diferente, y en este caso particular, por ser menor del promedio, o bien, por encontrarse a la izquierda de -1.96, podemos considerar que es menor al C.I. de los individuos "normales".

3.-COEFICIENTE DE CORRELACION: de Vocabulario y demás subtests.

Para la obtención del Coeficiente de Correlación, o sea, -- para determinar la relación que existe entre el subtest de -- Vocabulario y cada uno de los subtests restantes de la Prueba, se recurrió al uso de la fórmula de Pearson:

$$r = \frac{N \sum X Y - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2][N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

en donde X representa la calificación o puntaje de Vocabulario, y "Y" el puntaje de cada uno de los subtests de la prueba.

RESULTADOS

Subtests	Coefficientes de Correlación "r" obtenidos.
Construcción con Cubos	0.19121
Ensamble de Objetos	0.22735
Aritmética	0.31204
Ordenamiento de Figuras	0.33446
Semejanzas	0.45331
Completamiento de Figuras	0.47807
Retención de Dígitos	0.48456
Símbolos de Dígitos	0.56170
Comprensión	0.56191
Información	0.72317

En la tabla anterior podemos observar que sí hay correla

ción entre Vocabulario y los demás subtest del WAIS, aún que el índice de correlación sea distinto en todos ellos.

Así, vemos que Construcción con Cubos y Ensamble de Objetos tienen la más baja correlación, Aritmética y Ordenamiento de Figuras también se encuentran muy bajas, Semelanzas se puede considerar baja, aunque menos que los dos anteriores.

La correlación empieza a aumentar en Completamiento de Figuras y Retención de Dígitos, y en Símbolos de Dígitos y Comprensión, la correlación es bastante elevada, siendo Información la que tiene la correlación más alta de todos los subtests, ya que es muy cercana a la unidad.

C A P I T U L O V

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

a).-Acerca de los resultados de los datos personales:

1.-Ante los resultados obtenidos acerca del sexo, se abren varias interrogantes: ¿Ingresan en este Hospital más pacientes del sexo masculino que del femenino? ¿Los Psiquiatras solicitan más estudios psicológicos de los pacientes de este sexo? o ¿Enferman más de Esquizofrenia Paranoide los sujetos del sexo masculino que del femenino?, y si es así, ¿a qué se debe? La presente investigación no alcanza a resolver dichas preguntas, sería conveniente realizar otra investigación que cubriera este objetivo.

2.-De los resultados del Estado Civil, encontramos que el número de sujetos solteros sobrepasa considerablemente al de casados. Según la literatura psiquiátrica: los esquizofrénicos en general, tienen gran dificultad para establecer relaciones interpersonales. Y los resultados anteriores vienen a confirmar dichas afirmaciones, ya que si un individuo no tiene capacidad para establecer una buena relación con los demás, tampoco podrá establecer un vínculo matrimonial.

3.-La ocupación de muchos de los sujetos no está de acuerdo al grado de escolaridad que han cursado, sino que los cargos que desempeñan son inferiores. Por ejemplo: un pasante de Contaduría, es checador de grava, un pasante de Ingeniería es ayudante de técnico electricista, un preparatoriano es reparador de ropa. ¿A qué se deberá que no tienen un oficio según-

la escolaridad? ¿Por falta de empleos? ¿Por infravaloración? -
¿Por falta de motivación?, o ¿Por dificultad para relacionarse?

b).-Acerca de los resultados estadísticos de las hipótesis:

Con el objeto de comprobar si las hipótesis que postulamos en la presente investigación, se confirman, sometimos los datos a un Análisis Estadístico, de cuyos resultados concluimos lo siguiente:

1.-Con respecto a la primera hipótesis se puede afirmar: Que hay concordancia entre las puntuaciones relativamente altas en el Subtest de Semejanzas y Esquizofrenia Paranoide. Además, las verbalizaciones raras aparecieron en un número considerable de items. Por lo tanto, la primera hipótesis se confirma.

En el análisis estadístico encontramos que el subtest de Semejanzas ocupa el tercer lugar, quedando por encima de él, únicamente el subtest de Información con el segundo lugar y el Subtest de Vocabulario que se encuentra ocupando el primer lugar de los puntajes más altos.

Si en la Esquizofrenia Paranoide, uno de los rasgos que la caracterizan, es el estado de alerta y suspicacia, la cuál hace estar constantemente en búsqueda de relaciones entre los hechos - muchas de las veces, aparentemente irrelevantes, este subtest pone en juego dicha suspicacia, por lo que era de esperarse que las puntuaciones de éste, fueran elevadas.

2.-Según el análisis estadístico, el subtest de Ordenamiento de Figuras ocupó el séptimo lugar en la puntuación, considerándose dentro de los subtests que arrojan los puntajes más bajos. Por lo tanto, la hipótesis número dos, se confirma.

Si el rasgo principal en el Esquizofrénico Paranoide es:-- la distorsión de la realidad, era de esperarse que en el subtest de Ordenamiento de Figuras, las puntuaciones fueran bajas, debido a la falta de atención y de juicio, y a la incapacidad de anticipación y planeamiento, ya que las motivaciones internas del sujeto lo absorben, alejándose del estímulo que tiene ante sus ojos, el cuál no le interesa. O bién, dadas las percepciones distorsionadas de dichas figuras, comete muchos errores.

3.-El subtest de Símbolos de Dígitos, es significativamente el subtest que alcanzó las puntuaciones más bajas de toda la escala, quedando por lo tanto en último lugar. De acuerdo a estos resultados estadísticos, la hipótesis número tres se confirma.

Para alcanzar una buena puntuación en el subtest Símbolos de Dígitos, es necesario estar interesado en la tarea, tomar en consideración que el tiempo está corriendo, y que una buena puntuación depende del mayor número de símbolos copiados correctamente, en el tiempo límite. Todo ésto, el Esquizofrénico Paranoide no lo comprende, se distrae facilmente, por su propio estado olvida los símbolos, por lo que falla la capacidad de aprendizaje e imitación, siendo muy reducido el número de Símbolos.

los que logra hacer.

4.-En lo que se refiere al Coeficiente Intelectual, los resultados del análisis estadístico indican que: en los Esquizofrénicos Paranoides, el Coeficiente Intelectual (C.I.), es diferente y en este caso particular, es menor que el Coeficiente Intelectual Promedio de los sujetos Normales. La hipótesis se confirma.

La Escala del WAIS está encaminada a medir el máximo rendimiento intelectual en sujetos normales, y sobre esta base, poder determinar el grado de alteración que dicha escala puede sufrir a causa de diversas patologías, y por sus resultados cualitativos, detectar el síndrome de que se trata.

Sería posible que una prueba de inteligencia, alcanzara -- mejor rendimiento en sujetos afectados por un estado patológico de su intelecto, que en aquéllos individuos cuya inteligencia -- no se haya visto afectada por patología mental? o bién, ¿Puede -- un síndrome psicológico estimular la inteligencia del sujeto, -- al grado éste supere al mismo sujeto normal?

Lógicamente, ésto no es posible, pues si así fuera, se pondría en entredicho la patología que se le atribuye, considerándolo en cambio un privilegio de quien lo poseeé, y capacitándolo para enfrentarse a la vida, de una manera más adecuada, para -- resolver los problemas con mayor acierto, y para colocarse por encima de los sujetos normales, imponiendo a éstos su superioridad y destrezas, lo cuál, realísticamente, no sucede.

c).-Acerca de los resultados del Test Gestáltico Visomotor de Bender.

1.-Hay posibilidades de que el Orden de las figuras sea lógico, o bien irregular, pero difícilmente caótico. Esto se debe, a que en el Esquizofrénico Paranoide, la desorganización de las funciones intelectuales, es menor que en los otros tipos de esquizofrenia.

2.-La Colocación de las figuras, es expansiva en su mayoría, el Tamaño aumentado y el Uso del Espacio en Blanco en forma extensa, superan al normal y al mínimo. Esto es posiblemente, porque subyacente al síndrome de Esquizofrenia Paranoide, se encuentra un estado de exaltación y de manía. Las ideas delirantes de persecución y de grandeza, nos hablan de ello.

3.-La Dificultad en Cierres, ya fuera moderada o severa, fué muy notoria. Es probable que el desinterés y la abulia por la tarea encomendada, sean la causa de la aparición tan frecuente de este rasgo.

4.-El número de sujetos que rotaron las figuras, fué muy escaso, mientras que la mayoría de sujetos hicieron sus figuras sin ninguna rotación. Posiblemente ésto se debe a que en los esquizofrénicos paranoides, el sentido de realidad se encuentra mejor conservado, que en otras esquizofrenias.

5.-Acerca del Margen, no podemos precisar nada, pues si --

bien es cierto que un buen número de sujetos utilizó el margen para hacer sus dibujos, más del doble, no lo hizo, y si este rasgo se toma como un factor compensador por falta o pérdida de control, ¿qué mejor referencia para un esquizofrénico?

A P E N D I C E U N O

GRAFICA #1 (SUBTEST DE VOCABU-
LARIO)

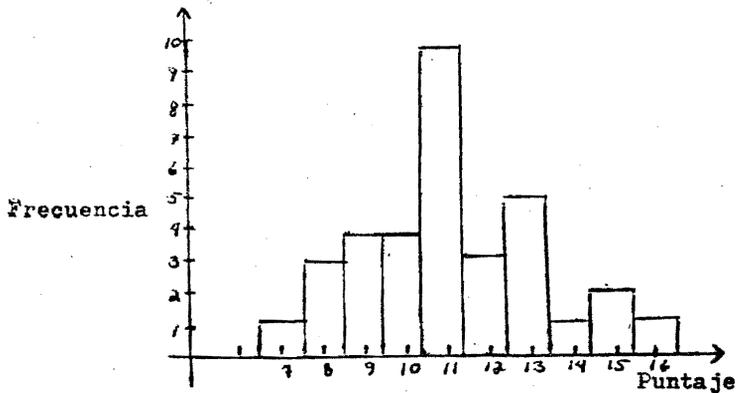
$$\bar{X} = \frac{\sum FX}{N} = \frac{378}{34} = 11.11$$

F	X	FX	(X- \bar{X})	(X- \bar{X}) ²	F(X- \bar{X}) ²
1	7	7	-3.91	15.91	15.29
3	8	24	-2.91	8.46	25.38
4	9	36	-1.91	3.64	14.56
4	10	40	-0.91	0.82	3.28
10	11	110	-0.09	0.01	0.10
3	12	36	1.09	1.89	5.67
5	13	65	2.09	4.37	21.85
1	14	14	3.09	9.55	9.55
2	15	30	4.09	16.73	33.46
1	16	16	5.09	25.91	25.91
34		378			154.85

$$S = \sqrt{\frac{\sum F (X - \bar{X})^2}{N}}$$

$$S = \sqrt{\frac{154.85}{34}}$$

$$S = \sqrt{4.55} = 2.13$$



GRAFICA # 2 (SUBTEST DE INFORMACION)

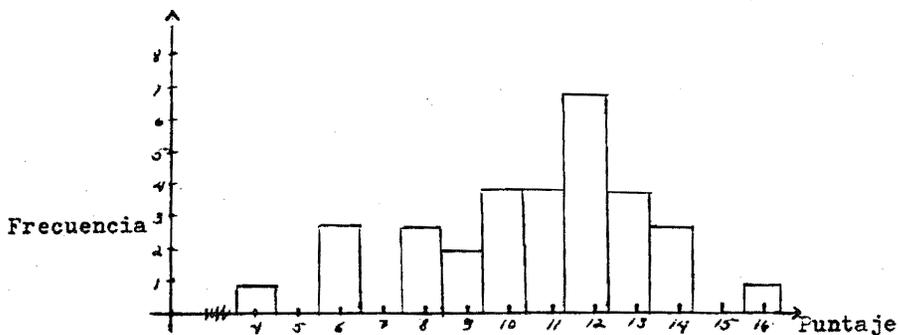
$$\bar{X} = \frac{\sum FX}{N} = \frac{365}{34} = 10.74$$

F	X	FX	$(X-\bar{X})$	$(X-\bar{X})^2$	$F(X-\bar{X})^2$
1	4	4	-6.74	45.43	181.72
0	5	0	-5.74	32.95	164.75
3	6	18	-4.74	22.46	134.76
1	7	7	-3.74	13.98	97.86
3	8	24	-2.74	7.51	60.08
2	9	18	-1.74	3.02	27.17
4	10	40	-0.74	0.55	5.50
4	11	44	0.26	0.07	0.77
7	12	84	1.26	1.59	30.34
4	13	52	2.26	5.11	66.43
3	14	42	3.26	10.63	148.82
0	15	0	4.26	18.15	272.25
2	16	32	5.26	27.67	442.72
34		365			1634.41

$$S = \sqrt{\sum F \frac{(X-\bar{X})^2}{N}}$$

$$S = \sqrt{\frac{1634.41}{34}}$$

$$S = \sqrt{48.07} \quad 2.89$$



GRAFICA # 3 (SUBTEST DE COMPRENSION)

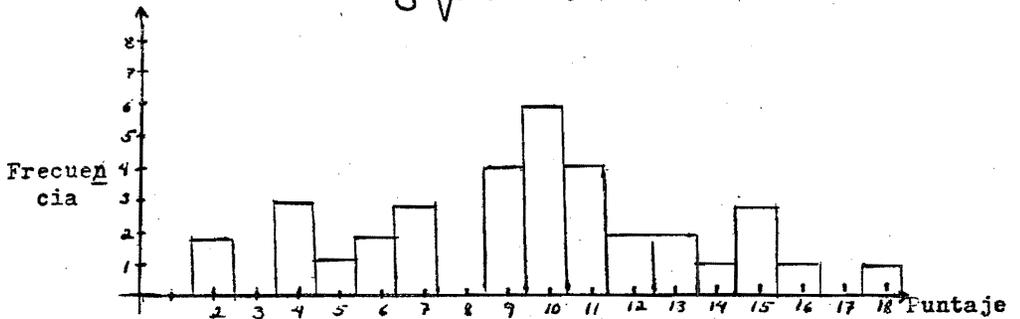
$$\bar{X} = \frac{\sum FX}{N} = \frac{335}{34} = 9.85$$

F	X	FX	(X- \bar{X})	(X- \bar{X}) ²	F(X- \bar{X}) ²
1	2	2	-7.85	61.62	61.62
0	3	0	-6.85	46.92	0.00
3	4	12	-5.85	34.22	102.66
1	5	5	-4.85	25.52	23.52
2	6	12	-3.85	14.82	29.64
3	7	21	-2.85	8.12	24.36
0	8	0	-1.85	3.42	0.00
4	9	36	-0.85	0.72	2.88
6	10	60	0.15	0.02	0.12
4	11	44	1.15	1.33	5.32
2	12	24	2.15	4.62	9.24
2	13	26	3.15	9.92	19.84
1	14	14	4.15	17.22	17.22
3	15	45	5.15	26.52	79.56
1	16	16	6.15	37.82	37.82
0	17	0	7.15	51.82	0.00
1	18	18	8.15	66.42	66.42
34		335			480.22

$$S = \sqrt{\frac{\sum F (X-\bar{X})^2}{N}}$$

$$S = \sqrt{\frac{480.22}{34}}$$

$$S = \sqrt{14.12} = 3.76$$



GRAFICA # 4 (SUBTEST DE ARITMETICA)

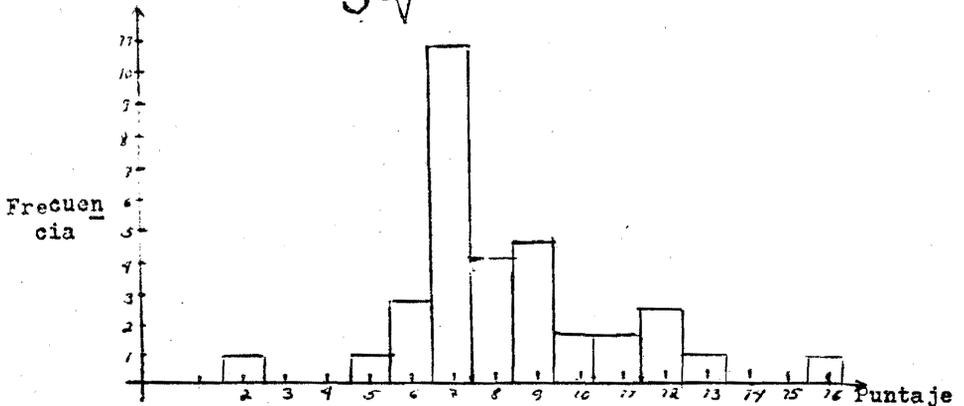
$$\bar{X} = \frac{\sum FX}{N} = \frac{286}{34} = 8.35$$

F	X	FX	(X- \bar{X})	(X- \bar{X}) ²	F(X- \bar{X}) ²
1	2	2	-6,35	40.32	40.32
0	3	0	-5.35	28.32	0.00
0	4	0	-4.35	18.92	0.00
1	5	5	-3.35	11.22	11.22
3	6	18	-2.35	5.52	16.56
11	7	77	-1.35	1.82	20.02
4	8	32	-0.35	0.12	1.40
5	9	45	0.65	0.42	2.10
2	10	20	1.65	2.27	5.44
2	11	22	2.65	7.02	14.04
3	12	36	3.65	13.32	39.96
1	13	13	4.65	21.62	21.62
0	14	0	5.65	31.92	0.00
0	15	0	6.65	44.22	0.00
1	16	16	7.65	58.52	58.52
34		286			231.20

$$S = \sqrt{\frac{\sum F(X-\bar{X})^2}{N}}$$

$$S = \sqrt{\frac{(231.20)}{34}}$$

$$S = \sqrt{6.80} = 2.61$$



GRAFICA # 5 (SUBTEST DE SEMEJANZAS)

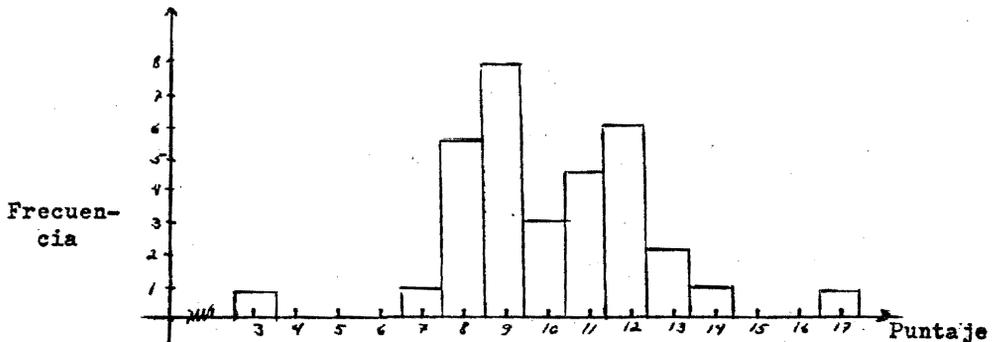
$$\bar{X} = \frac{\sum FX}{N} = \frac{334}{34} = 10.03$$

F	X	FX	(X- \bar{X})	(X- \bar{X}) ²	F(X- \bar{X}) ²
1	3	3	-7.03	49.42	49.42
0	4	0	-6.03	36.36	0.00
0	5	0	-5.03	25.30	0.00
0	6	0	-4.03	16.24	0.00
1	7	7	-3.03	9.18	9.18
6	8	48	-2.03	4.12	24.72
8	9	72	-1.03	1.06	8.48
3	10	30	-0.03	0.00	0.00
5	11	55	0.97	0.94	4.70
6	12	72	1.97	3.88	23.28
2	13	26	2.97	8.82	17.64
1	14	14	3.97	15.96	15.96
0	15	0	4.97	24.70	0.00
0	16	0	5.97	35.64	0.00
1	17	17	6.97	48.58	48.58
34		334			201.96

$$S = \sqrt{\frac{\sum F(X-\bar{X})^2}{N}}$$

$$S = \sqrt{\frac{201.96}{34}}$$

$$S = \sqrt{5.94} = 2.44$$



GRAFICA # 6 (SUBTEST DE RETENCION
DE DIGITOS)

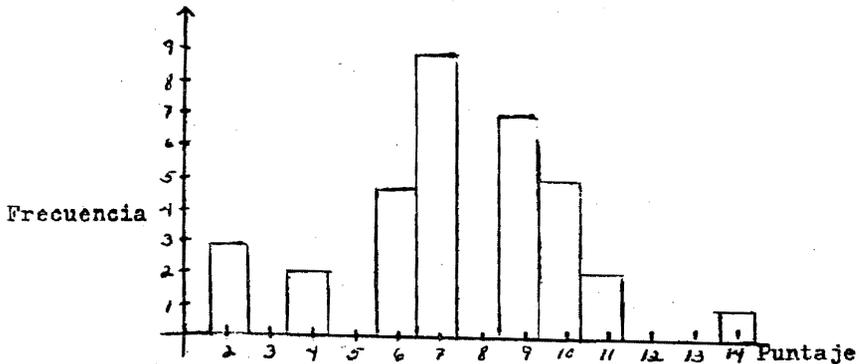
$$\bar{X} = \frac{\sum FX}{N} = \frac{256}{34} = 7.12$$

F	X	FX	(X- \bar{X})	(X- \bar{X}) ²	F(X- \bar{X}) ²
3	2	6	-5.12	26.21	78.63
0	3	0	-4.12	16.97	0.00
2	4	8	-3.12	9.73	19.46
0	5	0	-2.12	4.49	0.00
5	6	30	-1.12	1.25	6.25
9	7	63	-0.12	0.01	0.09
0	8	0	0.88	0.77	0.00
7	9	63	1.88	3.53	21.18
5	10	50	2.88	8.29	41.45
2	11	22	3.88	15.05	30.10
0	12	0	4.88	23.81	0.00
0	13	0	5.88	34.57	0.00
1	14	14	6.88	47.33	47.33
34		256			244.49

$$S = \sqrt{\frac{\sum F(X-\bar{X})^2}{N}}$$

$$S = \sqrt{\frac{244.49}{34}}$$

$$S = \sqrt{7.19} = 2.68$$



GRAFICA # 7 (SUBTEST DE SIMBOLOS
DE DIGITOS)

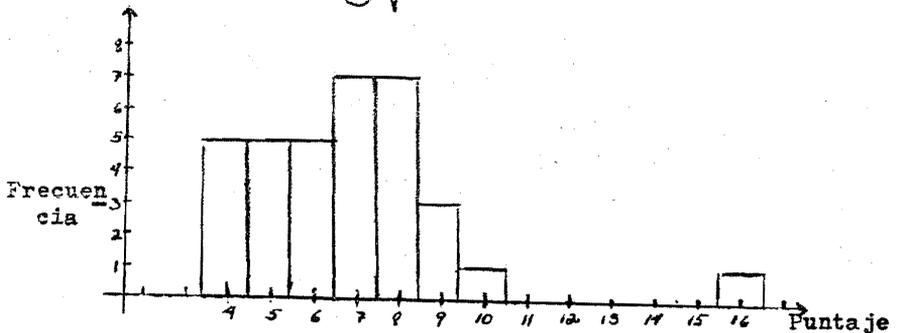
$$\bar{X} = \frac{\sum FX}{N} = \frac{223}{34} = 6.26$$

F	X	(FX)	(X- \bar{X})	(X- \bar{X}) ²	F(X- \bar{X}) ²
5	4	20	-2.26	5.11	25.55
5	5	25	-1.26	1.58	7.90
5	6	30	-0.26	0.07	0.35
7	7	49	0.74	0.54	3.78
7	8	56	1.74	3.03	21.21
3	9	27	2.74	7.51	22.53
1	10	10	3.74	13.99	13.99
0	11	0	4.74	22.47	0.00
0	12	0	5.74	32.95	0.00
0	13	0	6.74	45.43	0.00
0	14	0	7.74	59.91	0.00
0	15	0	8.74	76.39	0.00
1	16	16	9.74	94.87	94.87
34					190.18

$$S = \sqrt{\sum F \frac{(X-\bar{X})^2}{N}}$$

$$S = \sqrt{\frac{(190.18)}{34}}$$

$$S = \sqrt{5.59} = 2.37$$



GRAFICA #8 (SUBTEST DE COM-
PLETAMIENTO DE FIGURAS

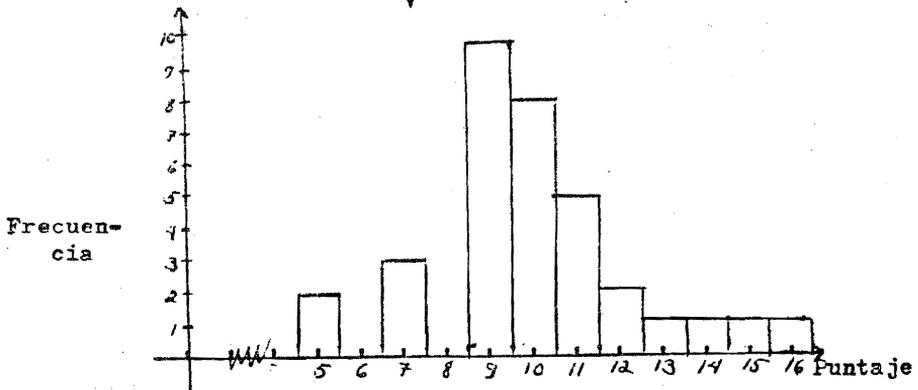
$$\bar{X} = \frac{\sum FX}{N} = \frac{338}{34} = 9.03$$

F	X	FX	(X- \bar{X})	(X- \bar{X}) ²	F(X- \bar{X}) ²
2	5	10	-4.03	16.24	32.48
0	6	0	-3.03	9.18	0.00
3	7	21	-2.03	4.12	12.36
0	8	0	-1.03	1.06	0.00
10	9	90	-0.03	0.00	0.00
8	10	80	0.97	0.94	7.52
5	11	55	1.97	3.20	16.00
2	12	24	2.97	7.78	15.56
1	13	13	3.97	14.36	14.36
1	14	14	4.97	22.94	22.94
1	15	15	5.97	33.52	33.52
1	16	16	6.97	46.10	46.10
34		338			200.84

$$S = \sqrt{\sum F \frac{(X-\bar{X})^2}{N}}$$

$$S = \sqrt{\frac{200.84}{34}}$$

$$S = \sqrt{5.91} = 2.43$$



GRAFICA #9 (DEL SUBTEST DE
CONSTRUCCION CON CUBOS .

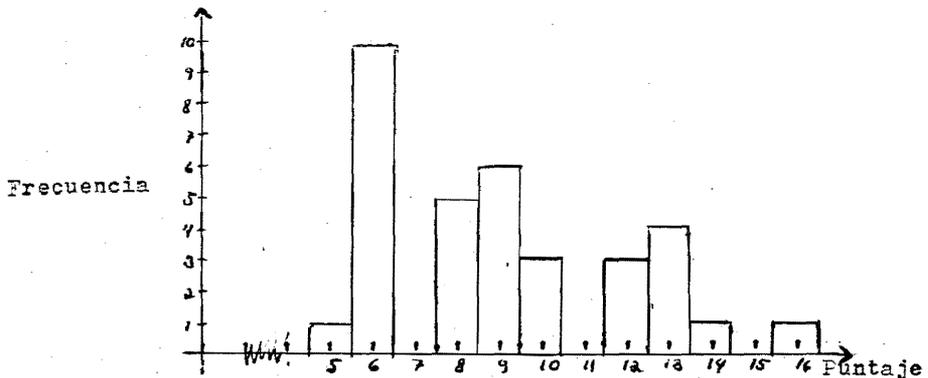
$$\bar{X} = \frac{\sum FX}{N} = \frac{304}{34} = 8.79$$

F	X	FX	(X- \bar{X})	(X- \bar{X}) ²	F(X- \bar{X}) ²
1	5	5	-3.80	14.44	14.44
10	6	60	-2.80	7.84	78.40
0	7	0	-1.80	3.24	0.00
5	8	40	-0.80	0.64	3.20
6	9	54	0.20	0.04	0.24
3	10	30	1.20	1.44	4.32
3	11	33	2.20	4.84	14.52
0	12	0	3.20	10.24	0.00
4	13	52	4.20	17.64	70.56
1	14	14	5.20	27.04	27.04
0	15	0	6.20	38.44	0.00
1	16	16	7.20	51.84	51.84
34		304			264.56

$$S = \sqrt{\sum F \frac{(X-\bar{X})^2}{N}}$$

$$S = \sqrt{\frac{264.56}{34}}$$

$$S = \sqrt{7.78} = 2.79$$



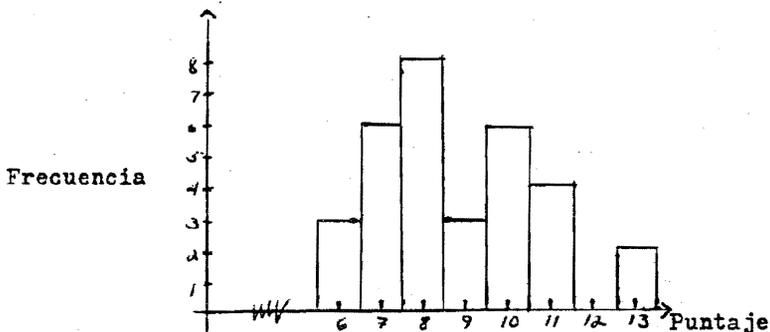
GRAFICA # 10 SUBTEST DE
ORDENAMIENTO DE FIGURAS

F	X	FX	$(X-\bar{X})$	$(X-\bar{X})^2$	$F(X-\bar{X})^2$
3	6	18	-2.44	5.95	17.85
6	7	42	-1.44	2.07	12.42
8	8	64	-0.44	0.19	1.52
3	9	27	0.56	0.31	0.93
6	10	60	1.56	2.43	14.58
4	11	44	2.56	6.55	26.20
2	12	24	3.56	12.67	25.34
2	13	26	4.56	20.79	41.59
34		305			140.42

$$S = \sqrt{\frac{\sum F \frac{(X-\bar{X})^2}{N}}{N}}$$

$$S = \sqrt{\frac{140.42}{34}}$$

$$S = \sqrt{4.13} \quad 2.03$$



GRÁFICA # 11 (ENSAMBLE DE
OBJETOS)

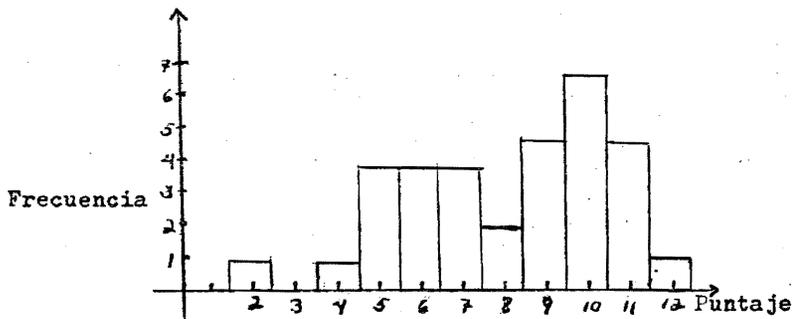
$$\bar{X} = \frac{\sum FX}{N} = \frac{276}{34} = 8.05$$

F	X	FX	$(X-\bar{X})$	$(X-\bar{X})^2$	$F(X-\bar{X})^2$
1	2	2	-5.35	28.62	28.62
0	3	0	-4.35	18.92	0.00
1	4	4	-3.35	11.22	11.22
4	5	20	-2.35	5.52	22.08
4	6	24	-1.35	1.82	7.28
4	7	28	-0.35	0.12	0.48
2	8	16	0.65	0.42	0.84
5	9	45	1.65	2.72	13.60
7	10	70	2.65	7.02	49.14
5	11	55	3.65	13.32	66.60
1	12	12	4.65	21.62	21.62
34		276			221.48

$$S = \sqrt{\sum F \frac{(X-\bar{X})^2}{N}}$$

$$S = \sqrt{\frac{221.48}{34}}$$

$$S = \sqrt{6.514} = 2.55$$



GRAFICA # 12 (DE LA EDAD)

$$\bar{X} = \frac{FX}{N} = \frac{902}{34} = 28.32$$

F	X	FX	(X- \bar{X})	(X- \bar{X}) ²	F(X- \bar{X}) ²
4	17	68	-11.14	128.14	512.46
9	22	198	- 6.32	39.94	359.46
6	27	162	- 1.32	1.74	10.44
7	32	224	3.68	13.54	94.78
5	37	185	8.68	75.34	376.70
3	42	126	13.68	187.14	561.42
34		902			1715.46

$$S = \sqrt{\frac{\sum F (X-\bar{X})^2}{N}}$$

Edad Promedio 28.32

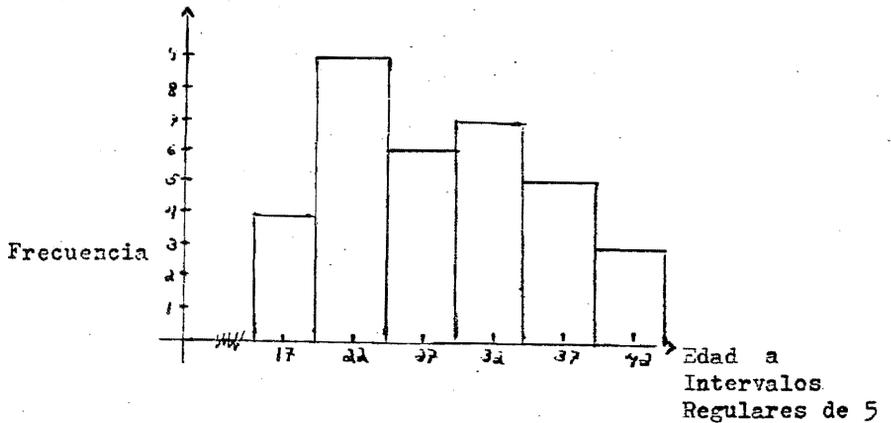
$$S = \sqrt{\frac{1715.46}{34}}$$

Edad Mínima 17.00

Edad Máxima 42.00

$$S = \sqrt{50.45} = 7.61$$

R 47-1 25.00



A P E N D I C E D O S

VERBALIZACIONES RARAS

a).-Subtest de Comprensión:

Pregunta

- #1 : (Ropa sucia): "Para eliminar gérmenes". "Para que no esté contaminada". "Para desechar las impurezas del cuerpo". "Nos contaminan los microbios".
- #3 : (Sobre tirado): "Lo devuelvo o lo tiro a la basura - porque no es mío". "Probablemente lo guarde para sacarle el dinero". "No me importa lo que tenga, ahí lo dejo". "ah! carajo, sería una sorpresa, mejor no lo levanto". "Lo tiro a la basura porque esta sucio".
- #4 : (Malas compañías): "No creo en las malas compañías, - todas las que tenemos son buenas". "No es un deber, - es optativo". "Todo depende de lo que sea malo y lo que sea verdaderamente malo". "Dice el refrán: hijo de tigre, tigrillo". "Y si yo digo que no todas, uno puede ayudar a mucha gente". "Cuando hablan de religión, no me gustan". "Todas son malas".
- #5 : (Incendio en el cine): "Dios Mío! ahí me quedo, si -- me salto de todos modos me aplasta la bola!" "Me quedaba sentada y veo que se maten, que se apachurren - y cunda el pánico". "El fuego se enciende cuando uno le atiza!"
- #7 : (Genio y Figura): "Dicen que yo soy un genio". "el - que nace artista, muere artista, pero eso no es verdad, porque nadie nace artista".

#10 : (Sordos-mudos): "Porque no oyen las vibraciones - que nosotros les enviamos". "Las alteraciones cognitivas no son las únicas, no tienen la educación, por medio de la palabra". "Quién sabe si -- oyen, pero no quieren hablar".

#13 : (Golondrinas-verano): "No tiene sitio, yo desconozco la conducta de las golondrinas, no soy zootecnista". "El reino animal, no tiene influencia - en el clima". "No, porque las golondrinas hacen la primavera, no el verano".

b).-Subtest de Información:

Pregunta

- #2 : (Pelota): "La pregunta no es correcta, no es pelota, sino bola".
- #8 : (Semanas en el año): "No sé, ni me importa, o a usted sí?".
- #13 : (Ropas oscuras): "Eso dicen, no me gusta lo negro". "Por la pigmentación, aunque no tienen pigmentación, el negro no tiene pigmentación". "Son sintéticas".
- #19 : (Pan - Levadura): "Porque generan un gas las bacterias que trae la levadura, es como si eructara el mi crobio".
- #20 : (Población): "Deben ser como 49 o 50 millones, pero no ponga eso, porque hay epidemias y se muere mucha

gente, así que lo que dije no es correcto".

#26 : (El Corán): "Egipcios, tumbas, ataúdes".

c).-Subtest de Semejanzas:

Pregunta

- #1 : (Naranja-Plátano): "Los dos tienen "gramalogía": un granito en la punta, que se parece".
- #4 : "Uno tiene más potencia, más fuerza bruta".
- #5 : (Norte-Oeste): "Puede ser que en las playas del norte abunde el homosexualismo". "En que rectas desde el - sureste, tienen el mismo ángulo". "Será que tienen - letras". "Esa pregunta es muy capciosa, no se la puedo contestar". "No tienen parecido en lo árido, nada."
- #6 : (Ojo-oído) "En que los dos tienen un hoyo!" "El ojo - sin pestañas, puede ser oído".
- #7 : (Aire-agua): "Los dos son líquidos". "En que están con taminados".
- #9 : (huevo-senilla): "Desde el punto de vista filosófico, forman la vida". "Los dos son semillas, sólo que una - en forma de huevo". "Son la misma figura".
- #12 : (Premio-Castigo): "Un par de opuestos". "En que las - dos cosas nos causan emoción: el premio, alegría, y - el castigo, también". "En que son diferentes!" "Es lo mismo".

#13 : (Mosca-Arbol): "En las hojas". "En que los dos se mueven, el árbol no vuela, pero espanta a la mosquita con sus hojas". "Posiblemente en que los dos tienen la misma cantidad de celulosa". "Por el empuje del viento los dos producen el mismo zumbido". "Será en los ojos verdes de la mosca". "La mosca es -- sucia, y el árbol también".

d).-Subtest de Vocabulario:

Pregunta

- #1 : (Cama): "ca-ma, quiere decir: caja de resortes ¿? y sirve para dormir". "Es un utensilio que sirve para apoyar el cuerpo".
- #2 : (Barco): "Un mueble, una nave que sirve para sostener a la gente para que no se ahogue". "Objeto de - - tablas rectas, incluidas curvas, sirve para navegar". "Es un artículo que flota en el agua, no es un artículo, es un artefacto".
- #3 : (Centavo): "Es un pedazo de metal troquelado, y con una figura impresa". "Ya no tienen ningún valor".
- #6 : (Desayuno): "Algo muy rico y alagador". "La palabra correcta es quitar ayuno, no desayuno".
- #7 : (Tela): "Pedazo de tejido que se saca del árbol y se forma la tela".
- #12 : (Acelerar): "Imprimir velocidad, adelantar aconteci-

mientos de orden eclesiástico, político o religioso".

- #13 : (Frase): "Una palabra de dos sílabas". "Un pedazo - de cerebro, de lo que pienso". "Comunicación corta entre dos personas". "Es a la que le falta la es--trofa".
- #14. : (Regular): "Nivelar el paso de un perímetro, compra y venta, precio estable".
- #17 : (Caverna): "Un pedazo de tierra hundido en la misma tierra". "Un agujero natural, provocado por corriente natural interna, o por dinamita, en este caso - es artificial". "Donde vive el oso". "Lugar obscuro, feo y con poco oxígeno".
- #18 : (Ponderar): "Yo nada más he oído la Ponderosa".
- #23 : (Remordimiento): "Camisa dice?, no entiendo". "De remo, y miento, es remoimiento".
- #27 : (Calamidad): "Una de las plagas de Egipto". "Situación misera y deplorable". "Calaridad, en el fondo es alguna medida de alimentos, o puede ser falta de alimentos". "Yo soy una calamidad". "Mamá -- dice siempre que hago algo malo: eres una calamidad.
- #29 : (Tranquilo): "Tranquilo, después de haberse refugiado de algún algo". "Sin temblores, verdad?". "Yo -- quisiera dormir así, todas las noches". "Es lo que a mí me falta".

- #30 : (Edificio): "Construcción edificable, generalmente un piso sobre otro".
- #31 : (Compasión): "Amor con demasiada pasión". "Dícese - del corazón".
- #34 : (Audaz): "De carácter ligero y efectivo". "Tontería" "Listo por todas partes". "Que es el diablo".
- #35 : (Ominoso): "Puede ser una palabra del clero, o del - norte". "Que tiene mucha luz". "Es un aditamento que me volvió a la infancia, es una clave".
- #37 : (Ocluir): "Obstruir, cerrar, cercar de defectos". - "ocluir, concluir".
- #38 : (Plagiar): "Sustraer a alguien un poco de su afecto" "Dar tormento innisericorde a alguien que es victi- ma".
- #39 : (Empalar): "Empalagoso". "Podemos usar las venas y - rrellenar". "Será empalmar".
- #40. : (Parodia): "Es un verso del populacho". "Parodia es lo contrario de la frase, o sea, que es más efecti- va que la frase, la frase es incompleta".