

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Facultad de Psicología



ESTUDIO COMPARATIVO CON EL M, M, P, I, ENTRE
PACIENTES HISTERICAS Y PACIENTES ESQUIZO --
FRENICAS EN LAS ESCALAS Hs, Hi, y Es,

" T E S I S "
Que para obtener el Título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a n

rosa Maritza Martínez Cárdenas

Elena B. Soberanes Velázquez



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecemos de una manera especial las atenciones y la ayuda recibida por parte de los maestros, Annemarie Bruggmann, Austreberto Mondragón, Haroldo Elorza, así como de los licenciados, Mario Martínez y Octavio de la Fuente y la Dra. Teresa Guerra.

A mis sinodales en el examen profesional y a todos mis maestros.

A MI PAPA

A MI HERMANA GRIS

A MI ABUELITA

A MI MADRINA

A GUILLERMO

Gracias por su apoyo y su cariño

A MI COMPANERO EN LA VIDA

CON INFINITO AMOR

A MI HIJO SIDDHARTA

CON CARINO

A MIS HERMANOS, SUEGROS

CUNADOS Y SOBRINOS

A LA MEMORIA DE MI MADRE

C O N T E N I D O

Introducción.....	1
Marco Teórico..	
Capítulo 1 Descripción de la Prueba	
1.1 Historia y descripción	2
1.2 Descripción de las escalas	6
1.3 Validez y confiabilidad	18
1.4 Administración y calificación	19
1.5 Parámetros de interpretación	27
Capítulo 2 Histeria	
2.1 Introducción	36
2.2 Definición	36
2.3 Historia	37
2.4 Estudio clínico de los síntomas histéricos	38
2.5 El carácter histérico	42
2.6 La personalidad histérica	43
2.7 Características de la personalidad histérica	44
2.8 Evolución	45
2.9 Diagnóstico diferencial entre histeria y psicosis	46
2.10 Neurosis histérica de tipo Disociativo	47
2.11 Neurosis histérica de tipo Conversivo	50
2.12 Concepciones	53
Capítulo 3 Esquizofrenia	
3.1 Psicosis esquizofrénicas	56

3.2	Historia	56
3.3	Definición	59
3.4	Etiología	59
3.5	El comienzo de la esquizofrenia	64
3.6	Reacciones esquizofrénicas	64
3.7	Trastornos primarios y secundarios	66
3.8	Descripción de los principales trastornos	66
3.9	Sub-grupos clínicos	82
3.10	Formas terminales de la esquizofrenia	99
Capítulo 4	Hipótesis de trabajo	100
Capítulo 5	Plán de trabajo	
5.1	Obtención y características de la muestra	102
5.2	Procedimiento en la aplicación de la prueba	102
5.3	Tratamiento estadístico	103
5.4	Análisis cualitativo	119
Capítulo 6	Reporte de resultados	
6.1	Resultados cuantitativos	133
6.2	Resultados cualitativos	135
6.3	Resultados generales	137
Conclusiones		138
Bibliografía		140

INTRODUCCION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

INTRODUCCION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conjuntamente con el desarrollo de la Psicología, ha surgido la necesidad de disponer de pruebas que midan de manera más precisa y objetiva la Personalidad, con el fin de establecer un diagnóstico acertado, para realizar una Terapia adecuada.

Una de las pruebas que más ha llamado la atención por la cantidad de datos cuantificables y objetivos que proporciona, es el Inventario Multifásico de la Personalidad.

El motivo principal que impulsó la realización de esta obra es la confusión que existe al encontrar en los perfiles de pacientes diagnosticados con Histeria una elevación considerable en la escala de Esquizofrenia, lo que nos plantea la interrogativa de si el Inventario Multifásico de la Personalidad discrimina cuantitativa y cualitativamente o sólo en forma cuantitativa entre Esquizofrenia e Histeria.

Se trata en primer lugar de dar una descripción general del Inventario Multifásico de la Personalidad.

En segundo lugar, el de definir el concepto de Esquizofrenia e Histeria, así como de la descripción de sus principales síntomas.

Posteriormente se presenta el tratamiento estadístico aplicado a los datos obtenidos en la muestra constituida por dos grupos: uno formado por pacientes Histéricos y otro por pacientes esquizofrénicas.

Finalmente se da a conocer las conclusiones a las que se han llegado en dicho estudio, esperando que con este trabajo se amplie el conocimiento para el mejor manejo de esta Prueba.

HISTORIA Y DESCRIPCION DE LA PRUEBA (MMPI)

Desde su aparición, en 1939, y la publicación de su primer manual oficial en 1943, el MMPI ha estimulado una corriente continua de investigaciones.

Siendo la Corporación Psicológica Norteamericana, en 1945, la editorial oficial.

Existen desde 1946 un manual adicional que incluyó la escala K y un Inventario en forma de folleto. La escala de Drake sobre Introversión y Extraversión Social (Si) ha sido utilizada durante varios años y es parte del grupo de escalas que integran el MMPI.

El MMPI puede ser utilizado principalmente para lograr una separación objetiva entre personas mentalmente sanas y enfermas, o con rasgos y tendencias más o menos patológicas algunos lo han utilizado también para seleccionar el personal en instituciones militares, industriales y educativas; también se ha utilizado en el diagnóstico diferencial de psiconeuróticos, en el estudio de psicóticos, sujetos con personalidad psicopática, etc.

A fines de 1938, los Doctores Hathaway y Mckinley comenzaron a reunir frases para la prueba que crearon convencidos de la necesidad de una técnica objetiva para evaluar la personalidad desde diferentes ángulos, multifásicamente, por medio de escalas o perfiles que fueran tan útiles tanto para la investigación como para la práctica clínica.

La prueba que originalmente se llamó Registro Multifá

sico de la Personalidad (Hathaway y Mckinley, 1940), se tuvo en cuenta para su elaboración, la educación y cultura de los sujetos a quienes se les administraba, para que las frases fueran comprendidas aun por personas sin un alto nivel intelectual o cultural.

El Inventario Multifásico de la Personalidad es un instrumento psicométrico diseñado para proveer, en una sola prueba, puntajes de las fases más importantes de la Personalidad.

Las frases se basaron en las preguntas que se hacen para elaborar historias clínicas de medicina general, neurológicas y psiquiátricas, en escalas publicadas en esa época sobre personalidad, sobre orientación vocacional.

El instrumento esta compuesto por 566 frases, que incluyen una gran variedad de temas desde condiciones físicas, morales y actitudes sociales.

Por conveniencia en el manejo, y para evitar la duplicación, las frases fueron arbitrariamente clasificadas en veintiséis clases:

- 1.- Salud en general (9 frases)
- 2.- Neurología general (19 frases)
- 3.- Nervios craneales (11 frases)
- 4.- Acción y coordinación (6 frases)
- 5.- Sensibilidad (5 frases)
- 6.- Vasomotor, alimenticio, lenguaje, secretorio (10 frases)
- 7.- Sistema cardiorrespiratorio (5 frases)
- 8.- Sistema genitourinario (5 frases)
- 9.- Sistema gastrointestinal (11 frases)
- 10.- Familia y matrimonio (26 frases)

- 11.- Hábitos (19 frases)
- 12.- Ocupaciones (18 frases)
- 13.- Educativas (12 frases)
- 14.- Actitudes sexuales (16 frases)
- 15.- Actitudes religiosas (19 frases)
- 16.- Actitudes políticas: Ley y orden (46 frases)
- 17.- Actitudes sociales (72 frases)
- 18.- Afecto, depresivo (32 frases)
- 19.- Afecto maníaco (24 frases)
- 20.- Estados obsesivos y compulsivos (15 frases)
- 21.- Ideas de referencia, alucinaciones, ilusiones, ideas - falsas (31 frases)
- 22.- Fobias (29 frases)
- 23.- Tendencias sádicas y masoquistas (7 frases)
- 24.- Moralidad (33 frases)
- 25.- Temas principalmente relacionadas con masculinidad y fe-
minidad (55 frases)
- 26.- Temas para indicar si el sujeto esta tratando de colo-
carse en un nivel poco aceptable (15 frases).

El sujeto responde a las frases en una hoja de res -
puestas rellenando con un lápiz el correspondiente a la le -
tra "C" en caso de que sea cierta ó mayormente cierta y el -
espacio de la "F" si es falsa ó mayormente falsa.

Son cuatro las escalas de validez y nueve las clíni -
cas. Además existe una escala adicional.

Originalmente las preguntas que integran las escalas -
clínicas se hicieron basándose en el hecho que el informe -
que el paciente le ofrece al médico verbalmente no es tan -
confiable ó válido como cuando esa misma información es obte

nida cuando el paciente es estimulado a contestar preguntas por medio de respuestas tales como Cierto, Falso ó no Puedo Decir.

Las escalas de Validez son:

- a) La escala de respuestas No Puedo Decir (?)
- b) El puntaje Mentira (L)
- c) El puntaje de Validez (F)
- d) El puntaje (K)

Las escalas Clínicas son:

- a) La escala de Hipocondriasis (Hs)
- b) La escala de Depresión (D)
- c) La escala de Histeria (Hi)
- d) La escala de Desviación Psicopática (Dp)
- e) La escala de Interes (Mf)
- f) La escala Paranoica (Pa)
- g) La escala de Psicastenia (Pt)
- h) La escala de Esquizofrenia (Es)
- i) La escala de Hipomanía (Ma)

Como escala adicional tenemos la Escala Social (Si).

No es una escala clínica para ser utilizada con pa - cientes hospitalizados, pero si se utiliza con personas cuya personalidad no está alterada y para orientación.

DESCRIPCION DE LAS ESCALAS.

Escalas de Validez.

Las descripciones que se presentan a continuación, tienen el propósito de ser guías generales breves del significado de las escalas así como de su derivación. Las escalas están basadas en casos clínicos que fueron clasificados de acuerdo con la nomenclatura convencional psiquiátrica.

Debido a la validez básico global del perfil, el primer interés del examinador debe ser orientado a la revisión de las escalas de validez y por ésta razón discutiremos primero estas escalas.

La escala de respuestas NO PUEDO DECIR (?)

La escala (?) "No puedo decir" se obtiene contando el número de frases que el sujeto no contesta. Actualmente se le enfatiza al sujeto que conteste todas las preguntas y se ha abandonado la parte de la consigna en que se le explica al sujeto que si la oración o proposición "no se aplica a usted o si se trata de algo que usted desconoce, no haga marca alguna en la hoja de contestaciones". Indudablemente una alta puntuación en esta escala, debido a que el sujeto no sabe como contestar, indica que no se puede llegar a ninguna conclusión sobre este sujeto en particular.

El número de éste puntaje afecta el significado de los otros puntajes. Cuando este puntaje es muy numeroso invalida a los otros. Un puntaje límite probablemente significa que el puntaje real del sujeto, si no hubiese utilizado la -

categoría "no puedo decir", se apartaría aún mucho más del promedio de lo que indica su puntaje. Este puntaje en sí es índice de factores de la personalidad, pero no se ha analizado ningún material específico al respecto. Se observa que ocurren puntajes altos en psicasténicos y pacientes depresivos, así como en pacientes psiquiátricos confusos, distraídos, agitados, paranoides, e histéricos.

Varios investigadores han sugerido diversas maneras de resolver la forma de calificar protocolos con alta puntuación de frases no contestadas. El método de Hovey señala que la forma en que se debe proceder es considerar la frase como si hubiese sido contestada y calificarla de tal manera que la puntuación sea incluida dentro de las escalas correspondientes a que se refiere la frase en cuestión. Es conveniente en éstos casos trazar dos perfiles: uno sin incluir la escala (?) y otro incluyéndola, de tal forma que las frases sean calificadas en forma significativa.

El Puntaje Mentira L

La escala L está integrada por 15 frases que presenten situaciones deseables socialmente, pero que rara vez son realizadas por el individuo. Personas demasiado escrupulosas ofrecen una puntuación L mayor que el de la mayoría de las personas. Sin embargo, cuando la persona rinde una puntuación de seis u ocho puntos se debe a que el sujeto está tratando en forma desusada de dar una muy buena impresión de sí mismo, principalmente en lo referente a su conducta social. El promedio de las personas, solo contesta tres a cinco respuestas. Originalmente la escala se basó en las investigaciones realizadas por Hartshorne y May sobre la honradez de

las personas y la tendencia a mentir, a engañar, aplicadas a la situación de tomar pruebas psicológicas.

Un alto puntaje de L no invalida necesariamente los otros puntajes, pero si indica que el valor real es probablemente superior que el obtenido. En algunos casos el puntaje L puede ser de interés por su propio valor como una medida de algún rasgo de personalidad especial.

Algunas frases de la escala son psicológicamente obvias e implican una conducta no aceptada socialmente. Normalmente la población del estudio de Minnesota ofrece 4 respuestas de esta naturaleza (para ser calificables tienen que contestarse como falsas las frases).

El puntaje de Validez F.

La escala F está integrada por 64 frases que se seleccionaron debido a que la puntuación de los sujetos normales seleccionados era muy bajo en la escala ya que solamente llegaban a 2 ó 4 puntos. Se observó que cuando el sujeto no entendía bien lo que leía, la puntuación en ésta escala era muy alta, indicando en este sentido dificultad para comprender y por lo tanto, la prueba sería inválida si éste era el caso o por otra parte indicaba también que el sujeto no colaboraba en forma adecuada para resolver la prueba. También se descubrió que sujetos esquizoides debido a sus problemas de personalidad contestaban en forma extraña y por lo tanto rendían una alta puntuación en la escala. Otro grupo que obtiene una alta puntuación en la escala es el de la persona que desea engañar.

El Puntaje K

La escala K es la que se originó más recientemente en

tre las escalas de validez y es mucho más compleja. No tiene por tanto una interpretación especial porque se utiliza combinada con cinco escalas clínicas, Hs, Dp, Es, Pt y Ma, con éstas escalas tiene un propósito correctivo.

Como escala modificadora, la K tuvo por objeto diferenciar casos de sujetos que sin ningún padecimiento mostraban repuestas de tal naturaleza que les hacía aparecer como anormales y por otra parte había personas que con padecimientos mentales parecían no tener ninguno. Con este fin se buscó una serie de oraciones que pudieran ofrecer un cuadro de la actitud que el paciente tenía al interpretar la prueba. Se experimentó con una serie de frases con este objeto, hasta que finalmente se llegó a las 30 que actualmente integran dicha escala.

Escalas Clínicas.

1. La Escala de Hipocondriasis Hs.

Este grupo clínico se consideró que estaba integrado por pacientes psiconeuróticos extremadamente preocupados con su bienestar físico, con su salud. Los autores enfatizaron que el grupo no incluía las implicaciones sintomáticas aplicables a psicóticos, ya que deseaban evitar complicaciones, por lo que excluyeron aquellos perturbados severamente en su personalidad.

Las frases que se seleccionaron para integrar la escala y que se denominó Hs, se integró con aquellas características de los hipocondríacos, es decir aquellas que eran respondidas con mayor frecuencia ya como Ciertas " Casi siempre me parece que tengo un nudo en la garganta", o Falsas "Tengo buen apetito". Para ser incluidas las frases debían encon -

trarse con una frecuencia tal que al compararse con el grupo control los hipocondríacos la utilizaban por lo menos el do ble del error normal. En realidad se utilizaron dos grupos control, uno integrado por sujetos con algún malestar físico pero mentalmente normales, y otro por pacientes psiquiátricos que no habían sido diagnosticados como hipocondríacos. - La puntuación del grupo hipocondríaco en esta escala fue de 74.2, el de los enfermos psiquiátricos 55.7, y el de los nor males con malestares físicos, 58.1. Esta diferencia señaló - el poder discriminativo de la escala.

La escala Hs es una medida de la cantidad e interés a normal acerca de las funciones corporales. Frecuentemente se quejan de dolores que son difíciles de identificar y para - los que no se encuentra ninguna base orgánica esclarecida.

Las quejas del hipocondríaco son diferentes de las - del histérico, debido a que los malestares del hipocondríaco - son más vagos en el área descriptiva; tampoco nuestra eviden cia esclarecida de haber abandonado situaciones no acepta - bles debido a su sintomatología como lo hace el histérico. - El hipocondríaco generalmente ha tenido una larga historia - en la que ha presentado malestares físicos y búsqueda de sim patía.

Enfermedades comunes somáticas no elevan el puntaje - de una persona de manera considerable, ya que la escala des cubre una diferencia entre las personas enfermas somáticamen te y los hipocondríacos.

2. La Escala de Depresión D

En la estructuración de las frases que integran la es cala de Depresión se tomó en cuenta la frecuencia con que -

los pacientes diagnosticados como depresivos respondieron al pedírseles que contestaran Cierto o Falso. He aquí algunos - ejemplos de las frases utilizadas y la forma en que comúnmente contestaron estos pacientes: "Trabajo bajo una tensión - muy grande", Cierto "A veces siento deseos de maldecir" Falso "Lloro con facilidad" Cierto, "Soy una persona sociable" Falso. etc.

Esta escala señaló de manera estadística que era posible diferenciar clínicamente pacientes deprimidos de sujetos normales, como también el hecho de que la mujer ofrece una puntuación más alta que el hombre.

La depresión puede ser la perturbación principal del paciente o puede estar acompañada o ser el resultado de otros problemas de personalidad.

Un alto puntaje sugiere además una característica de personalidad temprana en que la persona que reacciona al "stress" con depresión se caracteriza por falta de confianza en sí misma, tendencia a la preocupación, estrechez de intereses e introversión.

3. La Escala de Histeria Hi

Las frases que se utilizan en ésta escala cubren muchos campos ya que algunas se refieren a quejas de tipo somático y otras a actitudes sociales siendo estas últimas de tal naturaleza que el paciente tiende a enfatizar aquellas que logran que a él se le considere adecuadamente socializado. Así por ejemplo, "Tengo buen apetito" Falso, "Sufro de ataques de náusea y de vómito" Cierto, "El ver sangre no me asusta ni me enferma" Falso, "Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mu

cho tiempo" Ciertamente, "La mayor parte del tiempo parece dolerme toda la cabeza" Ciertamente.

4. La Escala de Desviación Psicopática Dp

Esta escala se estructuró con el objeto de estudiar todo el grupo conocido clínicamente como Personalidad Psicopática, término que incluye personas con conducta asocial, caracterizados por cuadros patológicos en la estructura de su personalidad, con mínima angustia, y poco o ningún sentido de malestar.

El diagnóstico de desordenes de la personalidad incluye en la actualidad (Mensh, 1965) a la personalidad sociopática, reacción antisocial, perversión sexual, alcoholismo; se incluye también a personas mentalmente enfermas que se encuentran en desacuerdo e inconformidad con el medio ambiente social, con el medio cultural; a veces las reacciones sociopáticas son sintomáticas de neurosis o psicosis, o como resultado de lesiones cerebrales. Son pacientes con conducta antisocial crónica, que siempre han tenido dificultades con el medio ambiente, quienes no se benefician ni de la experiencia ni del castigo, ni son leales a ninguna persona, grupo, principio, muestran marcada inmadurez emocional, falta de sentido de responsabilidad, falta de juicio, y siempre razonan su conducta en tal forma que a sus ojos es razonable y justificada. Sin embargo el sociopático le teme a la gente, es suspicaz, hostil e inseguro.

Esta escala mide la similitud que tiene un sujeto con un grupo de personas cuya dificultad principal reside en la ausencia de respuesta emocional profunda.

5. La Escala de Intereses Mf

La escala Mf fue obtenida al comparar la frecuencia con que las frases eran interpretadas por un grupo de normales y un grupo de homosexuales. También se compararon las frecuencias de las interpretaciones de hombre y mujer.

Esta escala mide las tendencias hacia los patrones de intereses masculinos o femeninos; puntajes T se ofrecen por separado para los dos sexos. En cualquier caso un alto puntaje indica una desviación del patrón de intereses básicos en dirección al sexo opuesto.

6. La Escala de Paranoia Pa

La escala Pa se derivó de la utilización del MMPI con pacientes diagnosticados con síntomas paranoides. No se le llamó paranoia, sino más bien los pacientes habían sido diagnosticados comúnmente como estado paranoide, condición paranoide, o esquizofrenia paranoide. Eran pacientes que se sentían perseguidos, sufrían de megalomanía, eran suspicaces, con ideas de referencia, rígidos en sus opiniones y actitudes.

Las personas que reciben un alto puntaje de esta escala deben ser manejados con especial apreciación con respecto a estas implicaciones.

7. La Escala de Psicastenia Pt

Esta escala se estructuró con el fin de diferenciar pacientes que sufrían de dudas exageradas, obsesiones y fobias. Antes se conocía este grupo como las psicastenias, pero actualmente se denomina obsesivo-compulsivo.

Se debe recordar que los actos compulsivos se caracterizan siempre por la necesidad que siente el paciente de ejecutar ciertos actos sin tomar en cuenta lo racional de los -

mismos, es decir, el paciente se ve forzado a ejecutar el acto porque se siente angustiado si no lo hace.

El pensamiento obsesivo esta acompañado de angustia y tensión, como cuando el paciente piensa constantemente que es una persona inútil o que algo terrible le va a suceder.

El término psicastenia se deriva del concepto de una debilidad de la voluntad que incapacita al individuo a impedir el tipo de conducta que realiza o que se ve forzado a realizar.

Las fobias incluyen todos los tipos de temores ilógicos de cosas o situaciones, como también, reacción extrema a estímulos más razonables.

8. La Escala de Esquizofrenia Es

La escala Es que se usa actualmente se derivó de un grupo de 152 proposiciones, que mostró diferencias confia - bles estadísticamente del grupo de esquizofrénicos, pero tam bién se tuvo que modificar porque se prestaba a lo que Hatha way (1951) denominó resultados falsos-positivos, los cuales son protocolos que semejan ser como los de un grupo dado, su pongamos esquizofrenia, sin ser de ese grupo realmente. Se intentó también obtener subclasificaciones de esquizofrenia-simple, hebefrénica, paranoide y catatónica, pero no se lo - gró hacerlo. Finalmente se llegó a la escala Es actual, la - cual se modificó con la introducción de la escala de correc ción K.

La escala Es mide la similitud de las respuestas de la persona con las de aquellos pacientes que se caracterizan por pensamientos o conducta inusitados y extraños. Esta esca la distingue cerca del 60% de los casos observados diagnceti

cados como esquizofrenia.

Los rasgos más importantes de éste tipo de pacientes son su incongruencia de afecto, el fraccionamiento en el proceso del pensamiento y lo extraño del contenido de éste. Además el esquizofrénico no tiene interés en el medio ambiente y generalmente da la impresión de encerrarse en sí mismo y se mantiene o puede mantenerse fuera de todo contacto con el mundo.

Esta escala tiene 78 frases y es la más numerosa de todas las escalas clínicas. Sin embargo como se ha señalado anteriormente es una de las escalas más débiles.

9. La Escala de Hipomanía Ma

La escala de Hipomanía tiene por objeto el evaluar leves grados de excitación maníaca que se encuentran en las psicosis maníaco depresivas. En la estructuración de la escala se utilizaron pacientes que sufrían de un grado moderado de esta perturbación ya que casos severos no pueden cooperar adecuadamente en la clasificación de las frases.

La escala Ma fue una de las que más dificultad dió en la investigación de la evidencia de su validez, pero a través del tiempo se ha encontrado de gran utilidad en la práctica clínica, ya que la alta puntuación en esta escala parece estar de acuerdo con la opinión psiquiátrica respecto al diagnóstico de hipomanía.

Esta escala mide el factor de personalidad característico de personas con marcada productividad en pensamiento y en acción. La palabra hipomanía se refiere a un estado menor de manía.

El paciente hipomaniaco se ha metido en dificultades-

al tratar de realizar muchas cosas, es activo y entusiasta. - Sus actividades pueden estorbar a otras personas en sus intentos de lograr reformas sociales, en su entusiasmo por promover proyectos en los que después pierde interés, o en su poco interés en los principios sociales establecidos. El lenguaje es generalmente rápido reflejando pensamiento bajo gran tensión; algunos clínicos piensan que este estado es una defensa en contra de la depresión.

O. La Escala Social I.E. Si

Esta escala se refiere a introversión y extraversión-Social. Las personas que ofrecen una alta puntuación tienen la tendencia a aislarse socialmente.

OTRAS ESCALAS

a) La escala de dominación (DO) tiene como propósito medir el dominio personal en situaciones Tête-a-tête.

b) La escala dolor en la parte inferior de la espalda (LBQ 1 Lb) tiene como mira el medir los factores psicológicos encontrados en los veteranos de la guerra mundial con el dolor funcional en la región inferior de la espalda, a diferencia de los casos con patología orgánica.

c) La escala parietefrontal (PF) también llamada causalidad. Su propósito es diferenciar casos con daño focal de la región del lóbulo parietal de los de las lesiones en el lóbulo frontal.

d) La escala de prejuicios (Pr) tiene como meta el medir los factores psicológicos con prejuicios contra los grupos en minoría, especialmente en antisemitismo.

e) La escala de responsabilidad (Re) tiene como meta el medir la internalización social y moral.

f) La escala del nivel socioeconómico (St), intenta medir ciertas tendencias internas psicológicas encontradas generalmente en relación con el nivel socioeconómico de las personas.

g) La escala de neuroticismo (Ne) intenta diferenciar sujetos normales de neuróticos de diagnóstico mixto.

Hathaway y Briggs han informado el resultado de sus investigaciones sobre las claves y parámetros normativos siguientes: A (primer factor); B (segundo factor); FE (fuerza del Ego); Da (dependencia); RP (papel caracterizado) y Cn (control).

Aunque sin ser nuevas el desarrollo de las claves "sutil" (S) y "obvio" (O) merecen atención. Todas las frases de las escalas D, Hi, Dp, Pa y Ma han sido clasificadas en estas dos categorías y se ha encontrado que los sujetos que son psicológicamente sofisticados y tienen un alto coeficiente intelectual y un alto puntaje en L, tienen también un más alto puntaje en S que en O, y lo inverso es lo correspondiente a sujetos que tienen baja inteligencia y bajo puntaje en la escala L.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD:

Los datos normativos fueron obtenidos con una muestra de 700 sujetos, que representan un corte transversal de la población del Edo. de Minnesota en los Edos. Unidos de América, obtenida con los visitantes de los hospitales del Centro Médico de la Universidad de Minnesota. El muestreo fue bastante adecuado para las edades de 16 a 55 a. y para ambos sexos; además, a estos grupos de sujetos normales se les agregó un grupo de estudiantes preparatorianos y universitarios que representaban un sector adecuado de los solicitantes de ingreso en la Universidad. También se pudieron obtener datos de varios grupos especiales, como de pacientes tuberculosos y epilépticos.

Las escalas se obtuvieron contrastando los grupos de sujetos normales con los grupos de casos clínicos cuidadosamente estudiados de los cuales 800 eran pacientes de la división neuropsiquiátrica de los hospitales de la Universidad de Minnesota, cuando la prueba fue publicada. El principal criterio para la determinación de las fue la predicción válida de los casos clínicos comparada con los diagnósticos hechos por el personal neuropsiquiátrico y no de acuerdo con medidas estadísticas de confiabilidad y validez.

La confiabilidad del MMPI ha sido comprobada ampliamente con resultados satisfactorios. Hathaway y McKinley, utilizando la forma individual con sujetos normales no seleccionados, aplicando dos veces la prueba a cada sujeto; el tiempo entre la prueba y la segunda prueba varió de tres días hasta más de un año. Encontrándose coeficientes de confiabilidad entre 0.57 y 0.83 en las diferentes escalas del

Inventario.

Cottle informó de los coeficientes de prueba y segunda prueba, utilizando sujetos no seleccionados a quienes se aplicó el Inventario en forma individual y colectiva con una semana de diferencia, encontrando una confiabilidad entre 0.46 y 0.91.

Holzberg y Alessi utilizaron pacientes psiquiátricos no seleccionados a quienes se les administró la forma completa y la breve, de la forma individual con una diferencia de tres días de tiempo, observando coeficientes de confiabilidad entre 0.52 y 0.93 para las distintas escalas del MMPI; en cuanto a la validez un alto puntaje en una escala ha favorecido la predicción positiva del diagnóstico final correspondiente por la estimación en más del 60% de nuevas admisiones psiquiátricas. Otro aspecto que ha comprobado la validez del MMPI, es la interpretación de las interrelaciones entre las escalas, que arrojan rasgos de diferentes síndromes.

ADMINISTRACION, CALIFICACION, TRAZO DEL PERFIL, y SISTEMA PARA ENCONTRAR LA CLAVE:

ADMINISTRACION:

El entrenamiento profesional es necesario para cualquier método de investigación de la personalidad puesto que se requiere saber manejar a los sujetos estudiados, comprenderlos y respetarlos; debido a que ésta será la única forma de hacerlos comprender que todas sus respuestas son importantes y que las mismas se utilizarán con discreción y ética profesional.

El sujeto para responder en forma acertada a esta prueba debe de saber leer y de preferencia haber cursado la es -

cuela primaria, puesto que solamente éstos podrán entender y asimilar lo que han leído.

Después de que se han leído las instrucciones, el que aplica la prueba debe de estar seguro de que el sujeto ha entendido.

Las pruebas se inician con frases que incluyen palabras como: apetito, periódico, bibliotecario, etc. por medio de las cuales el examinador se da cuenta si el sujeto conoce ese vocabulario y por lo tanto, no tiene dificultad con el material de la prueba.

Para calificar el inventario se eliminan las respuestas que no son contestadas, no siendo utilizadas en la interpretación y es obligación del examinador ver que el mayor número de frases sean contestadas.

El tiempo promedio para contestar la prueba es de una hora y media.

Se conocen dos formas para el Inventario Multifásico de la Personalidad, la original, consiste en una caja, en que en tarjetas se presentan por escrito las proposiciones, las cuales el sujeto lee, para después colocarlas, según conteste cierto o falso dentro de otra caja previamente preparada. La segunda forma es más sencilla, el sujeto examinado solo debe de marcar una hoja de respuestas, con un lápiz si la respuesta es cierta o falsa.

La prueba una vez revisada si esta completa, puede aplicarse en forma individual ó en grupo.

La prueba no debe presentar anotaciones anteriores y las hojas se encontraran en el orden deseado; si las hojas de respuestas se corregiran con máquinas no se debe de olvi-

dar el proporcionar el lápiz y el papel adecuados.

En las pruebas de grupo, el primer paso en la administración es proporcionar a cada sujeto, con una hoja de respuestas (y lápiz), en la que ha de escribirse claramente su nombre y otros datos generales; después se distribuyen los folletos, uno a cada sujeto, solicitándole que no lo abra. Esto facilita el obtener mayor atención cuando se le dan las instrucciones. Finalmente se lee la consigna en voz alta en tanto, que los sujetos la leen también en silencio, en sus respectivos folletos, se responde a cualquier pregunta que puedan tener y se les recuerda que no marquen el folleto.

La actitud del examinador debe de ser firme pero amistosa evitándose que los sujetos se comuniquen entre sí, comenten las respuestas y mucho menos bromeen sobre éstas.

En casos de pruebas individuales se debe tratar de producir igual impresión. La utilización del pizarrón se puede hacer si se requiere demostrar uno o más ejemplos, puesto que es fundamental disipar cualquier duda antes de empezar a contestar.

A pesar que la prueba es autoadministrable, puesto que en los folletos se explican las instrucciones, es aconsejable que el administrador las lea en voz alta para aclarar las dudas si éstas existiesen.

El material del administrador incluye claves para calificar manualmente o para calificar por medio de máquinas y perfiles.

Los autores todavía recalacan la utilización de la forma individual en el examen de pequeños grupos o individuos, tales como ancianos, pacientes perturbados u hospitalizados,

o personas con muy poca educación y poca habilidad mental.

CALIFICACION:

Cada hoja antes de ser calificada, se debe examinar, si se encuentra que más de una frase no ha sido contestada - en un grupo de 10 frases, se le pone el signo de interrogación y se clasifica como el grupo "no puedo decir". Si quedan de contestar no más de una frase en un grupo de 15 frases, se anota la marca Vo.Bo. al margen de la hoja de calificación. Este Vo.Bo. indica que el puntaje T es de 50 en la transformación de puntaje en bruto al puntaje T.

Después se obtiene la calificación de la escala L, para esto se utiliza la escala L.

Los puntajes en bruto se obtienen colocando la clave sobre la hoja de respuestas, se ven los lugares marcados o rellenos con lápiz y se cuentan, anotando al margen de la hoja los resultados.

Después que se han obtenido los puntajes en bruto, se pasan a la hoja de perfil, utilizando el lado correspondiente al sexo del sujeto.

Se debe observar, antes de trazar el perfil, que en el formulario de perfil, por debajo de la línea de puntajes en bruto, se encuentra una línea con un espacio denominado "agregar factor K".

Cantidad de "K" que se ha de sumar a cinco variables-clínicas para obtener los puntajes corregidos.

Hs	0.5K
Dp	0.4K
Pt	1.0K
Es	1.0K
Ma	0.2K

señal adicional.

Entre T 45 y T 55, llegando a veces a T 60, se considera zona de normalidad estadística. Por no tener importancia clínica, no se anotan en la clave.

Hacia abajo se utiliza la misma técnica.

De T 45 a T 40 se anotan las escalas sin ninguna señal, pero precedidas del signo menos.

De T 39 a T 30, se anota una comilla '

De 29 a T 20, se anotan dos comillas ' y a partir de T 19 se pone un asterisco.

La escala cinco, se anota hasta el final, dentro de un paréntesis y en calificación T o en calificación en bruto.

Una vez anotadas las diez escalas, se pone (punto y coma), anotando a continuación las escalas de validez. Dichas escalas, que son tres, se anotan en calificación en bruto.

Los perfiles MMPI muestran variabilidad considerable de una prueba a otra ya que los factores de la personalidad - sujetos a terapia tienden a ser modificables. Por ejemplo, una depresión significativa puede desaparecer casi en pocos minutos, cuando es el resultado de una reacción a algún tiempo de "stress" ambiental repentinamente aliviado.

Los perfiles pueden seguir también los cambios de la sintomatología a medida que el examinado progresa por medio de la psicoterapia. A veces la desaparición de una depresión será acompañada por la aparición de un patrón de síntomas de finitivamente antisociales. Por otra parte, una persona hipomaníaca puede cambiar a una depresión, igualmente, los perfi

Cuando han sido determinadas estas fracciones, en el formulario del perfil, en los espacios apropiados, se anotan los nuevos valores de los puntajes en bruto de las variables con la corrección K, a partir de esto ya se traza el perfil.

Se ha recalcado que en la utilización clínica del MM PI la escala individual no debe ser evaluada en un perfil, - sino que el cuadro que ofrece el grupo total de escalas, en las que incluyen índices de validez.

El número de cuadros es indefinido, para que los diferentes cuadros nos den una utilidad, existe un sistema de codificación en clave que puede utilizarse, el cual descarta - mucha información pero reduce a un tamaño más práctico el número de claves de perfiles. Cuando se formula la clave, se - codifica cada escala con un número, en tal forma que Hs se - convierte en 1, D en 2, Hi en 3, Dp en 4, Mf en 5, Pa en 6, - Pt en 7, Es en 8, y Ma en 9, con 0 (cero se designa a la codificación de la escala Si.

Para codificar un perfil por medio de un método sencillo, deben tomarse los siguientes pasos:

a) Anotar él o los dígitos en orden de elevación del - mayor al menor.

b) Utilizando las divisiones de las calificaciones T, se usan estos signos convencionales:

Si alguna escala es superior a T 90, uno como asterisco

Si es superior a T 80, pero sin llegar a T 90, como - dos comillas " .

Si es superior a T 70, sin llegar a T 80, se pone una comilla ' .

Las escalas entre T 60 y T 69, se anotan sin ninguna-

les que indican mala adaptación tienden a componerse a medida que mejora la persona.

Ciertamente, un sujeto que contesta las frases del Inventario con el conocimiento de que los datos ofrecidos por él pueden ser utilizados en su contra, tiene la tendencia a reaccionar en forma diferente, que cuando sus contestaciones son completamente aceptadas y la situación de prueba no es amenazadora para él. Con cierta frecuencia se observa que aunque aparentemente la situación de prueba pareciera ser ideal para el sujeto, éste se pone a la defensiva.

Enfaticaremos que la administración de la prueba MMPI es un acto profesional y que el administrador tiene la responsabilidad de las prácticas éticas de la utilización de los datos contenidos en las hojas de respuestas que ofrezca el sujeto. Las hojas de respuesta nunca deben estar al alcance del público y los perfiles obtenidos por medio de las hojas de respuestas, deben ser considerados material confidencial.

Después de calificar y de lograr la codificación, la interpretación del perfil comienza con el problema de si las respuestas del sujeto han rendido un sistema válido de puntaje. Existe en la prueba cuatro maneras esenciales de obtener la evaluación de la validez, los puntajes ψ , L, F, K.

El Índice de Gough, es uno de los criterios de validez: F-K, obtendrá la diferencia que existe al restar la puntuación en bruto de "K" de la de "F". Este investigador encontró que es posible hallar de esta manera un índice que identifica a aquellas personas que distorsionan la prueba. Si la diferencia entre las dos puntuaciones es de más 9, ó -

más, no se considera aceptable, por lo que si es menos de -
más 9, si se acepta.

Para facilitar la interpretación de los perfiles del-
MMPI, se puede hacer uso de un Atlas.

La interpretación de los perfiles nunca debe ser con-
siderada como una aseveración final. El hecho es que la gen-
te mejora o empeora clínicamente, y si no son problemas clí-
nicos, cambian con relación a varios factores significativos
de su personalidad, y del medio ambiente.

El examen de la personalidad nunca puede dar puntajes
con la estabilidad comparable que tiene el puntaje de las -
pruebas de aptitudes e intereses. Una prueba que da puntajes
estables, probablemente será clínicamente de poco uso.

PARAMETROS DE INTERPRETACION

Escalas de Validez

La escala de respuestas NO PUEDO DECIR (?)

Blazer (1965) haciendo un resumen de la literatura sobre la escala "de interrogación" señala que se puede hacer una división de la puntuación de la escala: puntuación baja, menores de T 40, puntuación promedio igual a 40, 60, puntuación superior al promedio igual a 60 - 70 y puntuación muy superior iguales a mayor de T-70.

La puntuación promedio se encuentra en personas de poca escolaridad o de bajo nivel socioeconómico que intentan presentar un cuadro muy favorable de si mismas.

La puntuación superior al promedio se encuentra en personas defensivas que tratan de ocultar sus faltas personales evitando las frases, puede referirse también a reacciones fóbicas u obsesivo-compulsivas, actitud extremadamente defensiva, o un índice de depresión.

La puntuación muy superior, invalida otras escalas debido a inadecuada interpretación del contenido de la frase, atención inadecuada, frases demasiado perturbantes, descuido del sujeto, agresividad a la situación de prueba o al examinador, distorsión deliberada de la prueba. El sujeto con esta puntuación es un individuo defensivo, deprimido, dado a la intelectualización como mecanismo de defensa.

El puntaje Mentira L

La puntuación baja menor de 4, se encuentra en sujetos perceptivos, socialmente adecuados, confiados en si mismos independientes etc.

La puntuación alta en esta escala, de 7 o más puntos-

es raramente observada en sujetos normales. Generalmente son personas de inteligencia limitada, convencionales, pasivas e inseguras, rígidas y carentes de comprensión de sus propios problemas.

No debe olvidarse que la puntuación alta de esta escala, bien puede ser una distorsión de la prueba, realizada deliberadamente por el sujeto, en estos casos se observa que a diferencia de los perfiles de alta puntuación de L, el que distorsiona la prueba presenta un perfil denominado por algunos autores como "sumergido" es decir, un perfil en que las escalas clínicas aparecen extraordinariamente bajas.

Swenson (1958) señala que una puntuación L entre 6 y 8 puntos es producido por sujetos que tienden a ofrecer respuestas socialmente aprobadas en relación a valores morales y control de si mismo. Puntuación entre 9 y 11 se refiere a pacientes que tienden a presentar un cuadro favorable en cuanto a conformidad, control y valores morales y finalmente una puntuación entre 12 y 15 puede señalar que el sujeto o paciente puede ser demasiado escrupuloso es una persona que distorsiona sus respuestas con fines de ofrecer un cuadro que le presente como un individuo con adecuado control de si mismo, conformidad social y aceptación de los valores morales.

Hathaway y Meehl (1951) encontraron que una alta puntuación de L es asociada con la elevación de las escalas 1 y 3, relacionadas con psiconeurosis, en tanto que una baja puntuación de L es asociada con escalas 6,7,8 y 9 relacionadas con cuadros psicóticos.

El Puntaje de Validez F

El puntaje F no es una escala de personalidad pero se utiliza como una forma de evaluar la validez total de todo el protocolo. Si el puntaje F es alto, las otras escalas probablemente se invaliden, ya sea porque el sujeto se descuidó o era incapaz de comprender el significado de las frases o porque hubo muchos errores de anotación o de puntuación. Un puntaje bajo de F es un índice confiable de que las respuestas del sujeto fueron racionales y relativamente pertinentes.

Lo esencial es considerar las razones por las que el sujeto obtiene una puntuación elevada en la escala. Se ha considerado e investigado los resultados en que los sujetos tienen motivaciones especiales para aparecer como personas inadecuadas, incompetentes, mentalmente enfermas o que buscan la manera de evitar responsabilidades extremas, que fingan estar enfermos ofreciendo una puntuación F elevada, además de una puntuación alta en las escalas clínicas.

El Puntaje K

Un puntaje alto de K representa actitud defensiva contra la debilidad psicológica y muy bien puede referirse a una resistencia que se relaciona con una distorsión deliberada para aparentar ser más "normal". Un puntaje bajo de K tiene a indicar que la persona es, en alguna forma, manifiestamente cándida y abierta al autocrítica y a la admisión de síntomas, aunque tenga una fuerza muy pequeña. Un puntaje bajo de K puede ser el resultado de un intento deliberado para obtener mal puntaje o para dar una mala impresión.

Una puntuación T 60, o más representa una actitud defensiva hacia la debilidad psicológica, es decir, son personas que temen presentar un cuadro de perturbación mental y

es una defensa que señala tendencias a distorsionar la prueba deliberadamente.

Swenson (1958) señala que una puntuación de 10 o menos indica el concepto inadecuado que tiene el sujeto de sí mismo. Puntuaciones entre 21 y 25 se encuentran en sujetos que tienden a disminuir sus propias faltas y la de personas cercanas, en tanto que 26 o más es una puntuación encontrada en personas que son tan defensivas que minimizan sus problemas emocionales y de relaciones interpersonales.

Escalas Clínicas

1. La Escala de Hipocondriasis Hs

Las características del grupo psiquiátrico con alta puntuación en esta escala son: cansancio, tendencia a la inactividad, letárgico, sentirse enfermo, insatisfecho, derrotistas acerca del tratamiento, egoístas, narcisistas, pesimistas. Las implicaciones diagnósticas de una puntuación elevada en esta escala incluyen (1) hipocondriasis y neurastenia, (2) reacciones depresivas, rasgos de angustia, melancolía involutiva, depresivos agitados, (3) histeria de ansiedad como histeria de conversión.

Esta escala juega un papel muy importante en la estructuración del perfil de la llamada tríada neurótica integrado por la elevación de las escalas 1, 2 y 3.

2. La Escala de Depresión D

La puntuación en bruto en esta escala encontrada por Swenson (1958) se distribuye de la siguiente manera: 15 o menos, persona cuidadosa y optimista 16 a 20 en los hombres y 18 a 23 entre las mujeres, ven la vida con una mezcla de optimismo y pesimismo, 21 a 24 entre los hombres y 24 a 29 en-

tre las mujeres, medianamente pesimistas y depresivas, 25 a 31 entre los hombres y 30 a 37 entre las mujeres moderadamente deprimidas y pesimistas, y finalmente 34 o más entre los hombres y 39 o más entre las mujeres, se encuentra en personas gravemente deprimidas, indecisas y pesimistas.

3. La Escala de Histeria Hi

Cuando Hs es más elevada que Hi las molestias físicas que aquejan al paciente son variadas y frecuentemente requieren menos estudio para establecer la presencia de un factor psicológico importante en el cuadro patológico cuando Hi es predominante, la persona da la impresión de ser psíquicamente normal y sus molestias físicas más bien parecen ser un remedio o mímica de esos malestares o estar acompañadas por un síndrome físico del tipo de los llamados psicósomáticos.

La escala Hi mide el grado en que el sujeto es similar a los pacientes que han desarrollado síntomas del tipo de histeria de conversión, son también especialmente dados a ataques episódicos de debilidad, desmayos o a convulsiones epileptiformes, también puede tener verdadera patología física ya sea como resultado primario de la enfermedad concurrente, tal como diabetes o cáncer, o como el resultado secundario de la presencia crónica de síntomas psicológicos.

Se puede decir que existen dos componentes de la escala Hi:

- 1.- Consiste de molestias somáticas y cercanamente asociado a la escala Hs.
- 2.- Parece expresar que el sujeto es capaz de controlar su neurosis manteniendo un cuadro adecuado, ya que los pacientes señalan que no se deprimen, que nada les pasa y que todo marcha bien.

4. La Escala de Desviación Psicopática Dp

Generalmente el paciente con escala 4 como pico de perfil puede comportarse como persona normal durante varios años entre una crisis y otra. Padecen de breves períodos de excitación psicopática o depresión posterior al surgimiento de una serie de actos antisociales.

La mayoría de los autores señalan que ninguna psicoterapia es especialmente efectiva, ya que existe dificultad para que modifiquen su conducta, pero a la larga, con el tiempo y una orientación hábil y cuidadosa puede conducírsele a lograr una adaptación adecuada. A veces es necesario proteger a la sociedad y al mismo paciente encarcelándolo, dado el peligro que involucra la conducta de este tipo de personas.

5. La Escala de Intereses Mf

Se ha encontrado que para cualquiera de los dos sexos una puntuación elevada en esta escala implica una orientación en dirección al sexo opuesto. Esto no implica que el sujeto que ofrece una puntuación alta en esta escala tenga inclinaciones homosexuales, sino que éstas deben ser consideradas sólo basándose en evidencias confirmatorias.

Al discutir la estructuración de las escalas se señaló que esta escala no fue experimentada ampliamente como las demás escalas clínicas y por ello es conveniente recordar que una alta puntuación en la escala no implica necesariamente homosexualidad, sino más bien acentuación de intereses pertenecientes al sexo opuesto. En algunos casos se puede pensar en homosexuales ya que ciertos grupos de homosexuales generalmente ofrecieran una puntuación alta en la escala, pero existen muchos casos de homosexuales que no tienen intere

ses femeninos, como también lesbianas que no presentan masculinidad y por lo tanto, no ofrecen una puntuación alta en la escala.

6. La Escala de Paranoia Pa

Aunque los puntajes válidos de 80 y superiores a esta cantidad son siempre significativos de perturbación anómala, el puntaje entre 70 y 80 debe también considerarse en la apreciación clínica.

Brantner (1961) señala que si la escala 6 es menor de una puntuación T- 45 pero las personas son conocidas por sus problemas de conducta, la puntuación es índice de procesos paranoides de la misma forma que en puntuaciones elevadas.

La puntuación en bruto de 7-10 según Swenson (1958) implica que el sujeto respeta las opiniones de los demás sin sentirse inapropiado, es decir, su sensibilidad no es indebida. Una puntuación entre 11 y 14 se encuentra en personas un tanto sensibles, alertas a la opinión de otros. En tanto que un puntaje entre 15 y 19 se encuentra en sujetos que se enojan fácilmente y responden de manera exagerada a las opiniones que otros ofrecen, pero además tienen la inclinación de culpar a la gente de sus propias dificultades; finalmente la puntuación de 20 y más, caracteriza a sujetos resentidos y suspicaces de las demás personas a tal grado que tienen bien establecidas una serie de ideas falsas.

7. La Escala de Psicastenia Pt

Focas de las personas con puntuación 7 alta se encuentran severamente enfermas para requerir hospitalización. Generalmente estas personas pasan por épocas muy difíciles sufriendo sus síntomas y rara vez se ven en la situación de no



poder continuar con sus ocupaciones cotidianas. El cuadro más incapacitante de las variedades de la escala 7 alta esta caracterizado por una actitud que pudiera llamarse "introspectivamente compulsiva", en la que el paciente se siente in capaz de enfrentarse por si solo a los problemas que le perturban y por lo tanto, se ven en la necesidad de solicitar a yuda.

Las puntuaciones reportadas por Swenson (1958) indican que una puntuación menor de 20 se observa en sujetos que no tienen tendencia a preocuparse ni a mostrar cuadros inadecuados en sus responsabilidades de 21 a 28 entre los hombres y de 23 a 34 en el grupo de mujeres, se encuentra en individuos que tienen suficiente capacidad para organizar su vida personal y mantener en orden su actitud en el trabajo. Una puntuación superior a la anterior se encuentra en sujetos rígidos, meticulosos, preocupados y aprensivos porque creen que algo malo les va a suceder, insatisfechos con sus relaciones interpersonales, temerosos y obsesivos, compulsivos y con sentimientos de culpa, preocupados con temas religiosos y morales.

8. La Escala de Esquizofrenia Es

Hathaway y Meehl (1951) indican que la mayoría de las personas con puntuación alta en la escala 8, con puntuación T superior a 75, muestran mentalidad esquizoide, aunque esto no implica enfermedad severa.

Puntuaciones en bruto entre 27 y 33 en los hombres y 29 y 36 entre las mujeres se encuentran en personas con interese científicos, filosóficos y religiosos; puntuaciones entre 34 y 40 en los hombres y 37 y 45 en las mujeres se en-

cuentran en personas solitarias, aisladas y con conflictos - internos graves; cuando la puntuación varía entre 41 y más - en los hombres y entre 46 o más en las mujeres existen ideas irreales, pensamiento extraño y grotesco, conducta desorientada, actitudes raras y opiniones falsas, inconformidad con todo lo establecido por la sociedad o grupo con el que viven.

9. La Escala de Hipomanía Ma

Sutton (1952) señala que la puntuaciones bajas en esta escala pueden ser interpretadas como si estuviesen relacionadas con falta de fuerzas motivacionales, y precisamente esto también está en relación con el hecho de que dicha escala, al ser baja, reduce el riesgo suicida entre grupos de pacientes severamente deprimidos, neuróticos, tensos y angustiados.

0. La Escala Social I.E. Si

Cuando la puntuación es baja el individuo es más bien extrovertido y tiende a relacionarse con grupos con el fin de tomar parte activa en las organizaciones a que pertenece.

La escala Si no es una escala clínica en el estricto sentido de utilizarse principalmente con pacientes hospitalizados, pero ha sido ampliamente usada en trabajo de orientación.

HISTERIA

1.-INTRODUCCION

Las psiconeurosis comprenden un grupo relativamente benigno de trastornos de la personalidad, que suelen describirse como alteraciones intermedias, o que forman un eslabón entre los diversos recursos adaptativos que inconscientemente utiliza la mente común y los métodos extremos y desorganizadores que se observan en el psicótico. La histeria, por ejemplo, a menudo es sólo una exageración o caricatura de mecanismos protectores, semejantes, que se observan en la vida cotidiana.

Los trastornos psiconeuróticos de la personalidad surgen del esfuerzo que el individuo hace para manejar problemas psicológicos internos, privados y específicos, y situaciones que provocan stress, que el paciente mismo es incapaz de dominar sin tensión o sin recursos psicológicos inquietantes cuya causa es la angustia que se ha estimulado. Muchos psiquiatras, por lo tanto, consideran que la angustia es la fuente dinámica común de las neurosis.

Los síntomas de estos trastornos consisten, ya sea en una manifestación de angustia (si el enfermo la expresa y siente directamente) o bien en esfuerzos automáticos para controlar dicha angustia por medio de defensas como conversión, disociación, desplazamiento, formación de fobias o pensamientos y actos repetitivos.

2.- DEFINICION

La histeria es una neurosis caracterizada por la hiper-

expresividad somática de las ideas, de las imágenes y de los afectos inconscientes. El histérico debe ser definido aún en relación a la estructura de su persona, caracterizada por la psicoplasticidad, la sugestionabilidad y la formación imaginaria de su personaje.

Son necesarios dos elementos para definir la histeria:

- a) La fuerza inconsciente de la realización plástica de las imágenes sobre el plano corporal (conversión somática).
- b) La estructura inconsciente e imaginaria del personaje del histérico.

3.- HISTORIA

La historia de las neurosis se ha confundido durante mucho tiempo con la de la histeria. Antiguamente se englobaba con su nombre, no tan sólo una parte de lo que nosotros reconocemos como síntomas neuróticos, sino también trastornos ligados ahora a la patología lesional o a psicosis (enfermedad de Parkinson, epilepsia, catatonia, etc.). Es así como en 1682 Thomas Willis reunía con el nombre de histeria, que remonta a Hipócrates, la mitad de las enfermedades crónicas.

Babinski como genial neurólogo que era, consiguió delimitar con precisión el campo de la histeria (los fenómenos "pitiáticos" que pueden ser reproducidos por la sugestión) del de la neurología lesional.

Pierre Janet estudió las relaciones de la histeria, de la hipnosis y del automatismo psicológico. En la misma época Freud tuvo la primera intuición que debía conducirle al psicoanálisis. Partía de la idea de que los síntomas se origina

ban y tomaban su sentido en el inconsciente de los enfermos.

4.- ESTUDIO CLINICO DE LOS SINTOMAS HISTERICOS.

- A) Paroxismos.
- B) Síndromes funcionales duraderos.
- C) Manifestaciones viscerales.

Puede considerarse una ordenación en tres grupos de los síntomas multiformes de la histeria.

- A) Los paroxismos: las crisis neuropáticas.
- B) Las manifestaciones duraderas por inhibición de las funciones psicomotrices del sistema nervioso.
- C) Los trastornos viscerales o tisulares: "trastornos funcionales", descritos a veces en la histeria.

A.- Paroxismos, Crisis, Manifestaciones agudas.

1.- Los grandes ataques de histeria. La gran crisis a lo Charcot comprendía cinco períodos:

- a) Pródromos (aura histérica): dolores ováricos, palpitaciones, bolo histérico sentido en el cuello, trastornos visuales. Estos pródromos desembocaban en la pérdida de conocimiento con caída no brutal.
- b) Período epileptoide: fase tónica, con paro respiratorio e inmovilización tetánica de todo el cuerpo; convulsiones clónicas, comenzando por pequeñas sacudidas y por muscas, hasta terminar en grandes sacudidas generalizadas, después resolución en una completa calma, pero breve, con estertor.
- c) Período de contorsiones. Comenzaban entonces movimientos variados, acompañados de gritos, semejando "una huida contra un ser imaginario" (Richter 1885).

d) Período de trance o de actitudes pasionales, en el cual - la enferma imitaba escenas violentas o eróticas. Se encuentran entonces en pleno sueño, viviendo sus imaginaciones (generalmente se reanuda el mismo tema en cada crisis: idea fija de los antiguos autores).

e) Período terminal o verbal en el curso del cual la enferma en medio de "visiones alucinatorias", de contracturas residuales, volvía más o menos rápidamente a la conciencia, pronunciando palabras inspiradas en el tema delirante vivido anteriormente en pantomima.

El total duraba de un cuarto de hora a varias horas.

2.- Formas menores: Son las crisis de nervios, en las que la agitación, la burda similitud con la epilepsia, el carácter expresivo de la descarga emocional, la sedación consecutiva al brote erótico o agresivo, conservan todos los rasgos esenciales de la crisis descrita por los clásicos.

3.- Los estados crepusculares y los estados "segundos".

El estado crepuscular histérico consiste en una debilitación de la consciencia vigil de comienzo y terminación bruscos, que puede ir de la simple obnubilación al estupor, y que comporta una experiencia semiconsciente de despersonalización y de extrañeza generalmente concentrada sobre una idea fija (P. Janet). En tales estados se habla de conciencia "hipnoide" o de reducción del campo de la consciencia en los histéricos.

En cuanto a los estados segundos de personalidades "múltiples", se trata de hechos excepcionales pero célebres, en

los cuales la tendencia a reemplazar la experiencia real por una experiencia soñada, se amplifica y se extiende al máximo hasta el punto de hacer alternar una segunda personalidad -- (la del sueño histérico) con la personalidad primera (la del estado normal).

Hay que aproximar a estos estados crepusculares el sonambulismo histérico, que no difiere de ellos más que por su aparición en medio del sueño.

4.- Las amnesias paroxísticas.

Lo que caracteriza a la crisis de amnesia histérica es su carácter sistemático. Lo más frecuente es la amnesia lacunar, consistente en el olvido de un acontecimiento penoso, de una situación especial. A veces la amnesia es general.

Las personalidades múltiples, constituyen un caso particular de amnesia, evolucionando en ciclos periódicos, con sistematización de recuerdos que son propios a una u otra de las personalidades alternantes

5.- Los ataques catalépticos.

Es el "sueño histérico" término criticable puesto que este estado no comporta todos los signos clínicos ni eléctricos del sueño.

B.- Los Síndromes Funcionales Duraderos.

1.- Las parálisis: las parálisis funcionales son parálisis de un movimiento o de un grupo de movimientos coordinados por una misma significación funcional.

Las parálisis localizadas son parálisis de un miembro. No siguen las leyes de la organización anatómica, sino el esquema de los conocimientos del vulgo.

2.- Las contracturas y los espasmos: también constituyen una especie de parálisis activas cuya sistematización es paradógica y variable, según la influencia de los factores psicológicos.

Así se observan contracturas de los miembros y del cuello (tortícolis), pero sobre todo del tronco. También son frecuentes ciertas manifestaciones tónicas o espasmódicas -- (hipo, vómitos, etc.)

3.- Las anestias: Asimismo realizan una especie de esquemas funcionales imaginarios que excluyen de las percepciones táctiles, dolorosas, térmicas, etc; ciertos segmentos -- corporales que han sido "recortados" por la fantasía. Estas formas de trastornos de la sensibilidad, su topografía, las modalidades cualitativas de sus alteraciones, no obedecen a las leyes de inervación, de conducción y sistematización de las vías de la sensibilidad.

4.- Los trastornos sensóriales: Son las alteraciones de una función sensorial o de una parte de ésta función (cegura, sordera, etc.).

C.- Las Manifestaciones Viscerales.

1.- Los espasmos: los más frecuentes son digestivos, in

posibilidad de tragar, nauseas, vómitos (principalmente los vómitos del embarazo) .

2.- Las algias: Todas las localizaciones y todos los tipos de dolor pueden ser sintomáticos de la histeria.

Muy a menudo, su naturaleza será sospechada, apenas presentado el enfermo, por el aire dramático que confiere a la expresión del síntoma.

3.- Los trastornos tróficos y generales: Las más comunes son las reducciones, a veces extremas, del hambre (anorexia mental), de la sed, de las excreciones.

Babinski y Froment han descrito trastornos vasomotores y tróficos que aparecen en el curso de ciertas parálisis hísticas; los tegumentos están engrosados, fríos, las oscilaciones arteriales reducidas, la pilosidad, generalmente desarrollada.

Sobre este inventario de síntomas podemos subrayar que el contenido manifiesto de la histeria constituye una exageración patológica de ciertos modos normales de expresión. El histérico habla el "lenguaje de los órganos" del cuerpo con una especial elocuencia. Vive las metáforas en vez de hablarlas, y es esto lo esencial del fenómeno de conversión somática.

5.- EL CARACTER HISTERICO

Se ha insistido sobre tres aspectos fundamentales del "carácter" histérico:

a) La sugestibilidad: El histérico bien porque sea sensible

a la sugestión y particularmente a la hipnosis, bien porque se autosugestione, se presenta como un individuo "plástico" es decir, que es influenciable e inconsistente, ya que su persona no consigue fijarse en la autenticidad de una identidad personal, firmemente establecida.

b) Mitomanía: El histérico, por sus comedias, sus mentiras, y sus fabulaciones, no cesa de falsificar sus relaciones -- con los demás. Se ofrece siempre como un espectáculo, ya -- que su existencia es a sus propios ojos una serie discontinua de escenas y de aventuras imaginarias.

c) Alteraciones sexuales: Es lo que da nombre a esta neurosis. Histérica significa simplemente que su sexualidad está profundamente alterada. En éste campo más que en los otros, las expresiones emocionales y pasionales tienen algo teatral, excesivo que contrasta con fuertes inhibiciones sexuales, la impotencia, la frigidez o perversiones.

6.- LA PERSONALIDAD HISTERICA

a) La inconsistencia de la persona: El Yo del histérico, es un Yo que no ha conseguido organizarse conforme a una identificación de su propia persona. En el histérico, la máscara del personaje oculta completamente a la persona. Todo el conjunto de la persona del histérico refleja esta "falsedad" y su sistema de organización se desarrolla construyendo un falso personaje que vive una falsa existencia.

b) La regresión amnésica de los acontecimientos reales: Las represiones las degeneraciones, los desconocimientos, en el curso de la vida, hacen desaparecer los recuerdos reales --

(amnesias, ilusión de la memoria) para sustituirlas ya sea por lagunas, ya por mentiras. Todo en su conducta y en su actitud justifica este deseo de sustituir el principio de la realidad por el del placer y de la fantasía.

c) La falsificación de la existencia: El histérico no sólo vive en un mundo ficticio por efecto de la represión de todo lo que debería constituir la trama auténtica de su vida de relación, sino que además no cesa de obtener "beneficios secundarios" de su neurosis por una especie de erotización de la imaginación.

7.- CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD HISTERICA.

- a) Labilidad emocional, volubilidad (si las emociones lo--- gran su propósito; desaparecen).
- b) Extravagancia emotiva, euforia más intensa de lo que se justifica y que alterna con emociones negativas también extravagantes. Cuando se formula una conjetura bien orientada respecto a la naturaleza del impulso disociado se produce un desplazamiento.
- c) Apariencia de sociabilidad y simpatía con una actitud despreciativa hacia sus semejantes, a los que percibe como público a su alrededor.
- d) Evitación del rechazo directo, generalmente.
- e) Concentración en su propia persona. Exageración de todo lo suyo, con frecuencia utiliza superlativos en su lenguaje.
- f) Inmadurez en el sistema motivacional. Frecuentemente hay una motivación competitiva y usualmente hacia miembros del mismo sexo.

- g) Egocentrismo y vanidad.
- h) Histrionismo que llega a los extremos de la mitomanía.
- i) Frecuentes ademanes de suicidio.
- j) Desde ligeras molestias físicas para atraer la atención, hasta serias conversiones.
- k) Tendencia a la imitación de sistemas para la resolución de problemas.
- l) Evasiones y mecanismos de retirada habituales desde la niñez.
- m) Gran sugestibilidad.
- n) Inconsistencia de la identificación y de la unidad de la persona.
- ñ) Tendencias a la represión y a la falsificación de las experiencias.
- o) Frecuentes desórdenes sexuales: rebeldía contra la función sexual. Frigidez y en el varón impotencia.

8.- EVOLUCION

La neurosis histérica es como toda neurosis, una forma de anomalía de la personalidad que constituye una afección crónica. Sin duda la neurosis permanece durante más tiempo latente que manifiesta en el curso de la existencia. Pero -- tiene una particular tendencia a expresarse por una floración de síntomas diversos, en primer lugar a una cierta edad (adolescencia, pubertad, después de la edad crítica) y a continuación tendencia a renovarse en ocasión de ciertas situaciones patógenas (emociones, exaltación colectiva, matrimonio, maternidad, accidentes, etc.)

La misma neurosis evoluciona por brotes y tiende a menudo a estabilizarse en forma menor cuando el sujeto ha podido



adquirir, a pesar de sus defensas, una madurez mayor o una neutralización de su angustia. Sin embargo lo más frecuente es que la "política de la enfermedad" se instale bajo la forma de una cristalización fija de los síntomas principales o de los rasgos de carácter. Así, los beneficios secundarios de la neurosis, unen al neurótico a su neurosis y le llevan a reducir al ambiente que le rodea a la esclavitud de sus caprichos. A veces la neurosis histérica lleva un mal camino y este es especialmente el caso de los histéricos que se disocian y que caen en la disgregación esquizofrénica (Claude).

En estos casos se trata generalmente de delirios de influencia, de delirios de "mediums", o de posesión, con experiencias delirantes de despersonalización y síndrome de autismo mental.

9.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE HISTERIA Y PSICOSIS

Es sobre todo en las psicosis esquizofrénicas donde el diagnóstico diferencial resulta a veces particularmente difícil. Es comprensible ya que Claude proponía incluir la histeria y la esquizofrenia en el grupo de las Esquizosis y puesto que cada vez se describen nuevas formas "esquizoneuróticas" de la esquizofrenia, o "pseudoneurosis" esquizofrénicas. Pero frente a la histeria con su mentalidad y con sus accidentes característicos la esquizofrenia permanece, por su organización autística bastante diferente en cuanto a su estructura y a su evolución. En favor de la histeria se consideran las tendencias mitomaniacas, la sugestibilidad, la teatralidad del comportamiento; el carácter superficial y variable de los síntomas. En favor de la esquizofre-

nia, las tendencias esquizoides, la importancia del delirio la introversión, el desarrollo del autismo, los trastornos del pensamiento y la disociación progresiva.

10.- NEUROSIS HISTERICA DE TIPO DISOCIATIVO

En ocasiones la angustia abrumba y desorganiza la personalidad a tal grado, que algunos aspectos o funciones de la misma se disocian entre sí.

Una de las más frecuentes reacciones disociativas defensivas que la angustia provoca, es la amnesia. La amnesia disociativa no es un simple olvido. Se trata de un proceso activo, un total borramiento de la percepción de rasgos desagradables. Tal amnesia puede ir precedida de períodos de estupor o de estados crepusculares, mostrar tendencia a volverse selectiva y limitarse al elemento o experiencia particulares que la provocaron.

Entre las experiencias que suspenden la capacidad para llevar a la conciencia datos referentes a determinados hechos, se encuentran las que implican terror intenso, como en la guerra, o los períodos en que la conducta se asocia a sentimientos de vergüenza, de culpa o de otro tipo intensamente afectivo. El enfermo acepta con tranquilidad la pérdida de su memoria; esto demuestra cuán satisfactoriamente la amnesia desempeña su papel protector y de escape.

La mayoría de las amnesias disociativas son de breve duración, en ocasiones, toda la vida previa del paciente. En algunos casos hay una reversión del enfermo hacia una etapa previa de su vida, con amnesia retrógrada respecto a los incidentes que siguieron a dicha etapa.

Para diferenciar entre una amnesia orgánica y una amnesia disociativa, se encontrará que tanto la pérdida como el retorno súbitos de la memoria son indicaciones claras de la naturaleza disociativa del trastorno.

Las reacciones disociativas se caracterizan a veces por síntomas mentales que implican trastornos de la conciencia, los cuales pueden tomar la forma de estupor o de diversos tipos de "estado crepuscular". Con frecuencia éstos últimos se parecen al delirio. Tales estados delirantes psicógenos suelen ir precedidos de experiencias o manifestaciones intensamente emocionales, y consisten en estados oníricos que se acompañan de un mayor o menor grado de confusión, de actividades y posiciones dramáticas y de una gran verborrea que en apariencia carece de sentido, pero en la cual el individuo se refiere a las experiencias intensamente afectivas.

El delirio disociativo suele representar la realización semejante a un sueño, de un deseo, o bien el lapso en que el enfermo revive en la fantasía, una experiencia afectivamente traumática. La obnubilación de la conciencia, las ilusiones y las alucinaciones que acompañan a dicho delirio, pueden excluir la realidad del mundo exterior y falsificarla de acuerdo con motivos de raíz profunda y deseos insatisfechos.

En las personas con personalidad histérica, hay que diferenciar los delirios disociativos de las interrupciones súbitas del funcionamiento del Ego que ocurren bajo un stress emocional intenso; a las interrupciones súbitas se les da el nombre de psicosis histéricas, las cuales son estados transitorios que rara vez persisten durante más de tres o cuatro semanas. Habitualmente, el principio súbito de esta experien

cia con ideas delirantes y alucinaciones agudas, tiene lugar de manera dramática, después de un período de frustración cada vez mayor en una relación personal importante, que produce ira y angustia cada vez más intensas.

A veces el escape psíquico puede tomar la forma de una fuga disociativa, en la cual hay un cambio súbito en el estado de la conciencia, y el paciente se ve impedido por fuerzas inconscientes a desempeñar actividades complicadas, que tal vez implican viajes a grandes distancias. A lo largo de éste período, el enfermo puede tener un aspecto bastante normal para quien lo observa casualmente. En algunos casos hay pérdida de la identidad personal. En la fuga el paciente se permite actos que sólo eran fantasía y que están en conflicto con su superego; la función de la fuga es permitir que se lleven a cabo dichos actos o fantasías. El enfermo intenta proteger a su ego y olvida su nombre y su historia pasada; es decir pierde su identidad.

En otros casos hay un cambio en la identidad personal; el paciente toma un nombre falso y se identifica con la persona cuyo nombre adopta. El hecho de tomar el falso nombre se asocia a las fantasías inconscientes que provocan la fuga.

En algunos estudios, recientes se ha encontrado que el estado de fuga va precedido por depresión; el modelo de muchos estados de fuga se encuentra en casos de traumatismo -- previo en la cabeza con amnesia resultante, o en estados amnésicos que el alcohol provoca, o en casos en que el enfermo se identifica con individuos que han sufrido reacciones disociativas.

Síndrome de Ganser: con su combinación de elementos ing

tintivos, racionales, intencionados y engañosos y con su conducta teatral, es una alteración de la conciencia que se asocia tanto a estados de simulación como a estados oníricos disociativos, este síndrome aparece principalmente en presos que esperan su proceso.

Los rasgos conspicuos de este trastorno consisten en efectuar en forma infantil y ridícula los actos simples, cuya ejecución correcta el enfermo conoce bien. Las respuestas del paciente a las preguntas son erróneas, pero no mucho, y conservan una relación obvia con la pregunta. Es tan obvio el propósito del enfermo de parecer irresponsable, que a veces parece que está fingiendo.

11.- NEUROSIS HISTERICA DE TIPO CONVERSIVO

En una neurosis de conversión, la angustia en lugar de experimentarse conscientemente ya sea en forma difusa como en las neurosis de angustia, o en forma desplazada como en las fobias, se "convierte" en síntomas funcionales que afectan a órganos o partes del cuerpo inervados por el sistema nervioso sensorial - motor. Los síntomas de conversión sirven para prevenir o disimular cualquier angustia consciente o palpable, y suelen simbolizar el conflicto mental primario que produjo dicha angustia; habitualmente satisfacen una necesidad del paciente y por lo tanto, no sólo sirven como defensa contra la angustia, sino que también proporcionan una "ventaja secundaria" más o menos obvia. Desde un punto de vista un poco diferente, los síntomas histéricos pueden considerarse como la expresión de un conflicto o de una idea, en forma simbólica.

El síntoma de conversión se crea para encarar una situación; la forma del síntoma esta determinada por algún rasgo característico de dicha situación.

En la histeria de conversión, los síntomas proporcionan sin que el paciente lo perciba, cierta forma y cierto grado de solución a los problemas del individuo y le permiten lograr cierto alivio para la angustia que la situación inquietante implica. Algunos fenómenos histéricos se sitúan en el límite entre las psiconeurosis y la simulación; de ahí que se parezcan tanto al hecho de fingirse enfermo.

A.- Causas

El factor inmediato en la producción de la histeria de conversión es alguna situación que produce angustia. Con la frecuente excepción de las histerias traumáticas, encontramos que las neurosis de conversión de la vida civil tienden a desarrollarse en individuos con ciertos antecedentes de personalidad, caracterizados por inmadurez en los campos psicosexual y emocional.

La pubertad es uno de los períodos en que con mayor frecuencia aparece la histeria de conversión.

Algunas de las características de personalidad que con frecuencia se observan en el histérico: a menudo se encontrará que las evasiones y los mecanismos de retirada han sido habituales desde los primeros años de la vida. En las mujeres de este tipo, el narcisismo que suele caracterizar la detención en el desarrollo de su personalidad, las hace que tiendan a mostrar sus emociones en público, casi siempre en una forma infantil y dramática. Las gentes con personalidad de tipo histérico desean la inmediata satisfacción de sus de

seos, pero evitan los esfuerzos encaminados a tal objetivo. Piensan en sí mismas todo el tiempo, se ofenden por bagatelas y adoptan actitudes dependientes; tratan de ganar la atención y la simpatía de otros, y son dadas a "desplantes" suicidas que no llevan implícita la intención de morir. La histeria utiliza la amenaza o el golpe del aparente intento para controlar su ambiente, ganar atención, estimular simpatía o hacer que los demás, asustados se sometan a ella. Muchos de estos pacientes tratan de gobernar su ambiente al mostrarse como individuos enfermos y lastimosos que despertan compasión; exageran cualquier síntoma físico existente e incluso desarrollan precipitadamente síntomas de naturaleza crítica o muy peculiar. Son comunes las molestias que atraen la atención de los demás y proporcionan ventajas secundarias.

En muchos casos el factor o incidente que precipita -- una neurosis de conversión es trivial, pero para el paciente tiene un significado especial. A veces la situación precipitante tiene cierta similitud especial con hechos previos. Conviene, por lo tanto, determinar en que marco ambiental se presentó la conversión, así como cuál era el estado emocional del paciente en ese momento. La naturaleza de las experiencias previas que dan significado especial al suceso precipitante y la predisposición del enfermo a responder con un mecanismo de conversión selectiva, habitualmente sólo pueden determinarse a través del psicoanálisis, aunque muchos recuerdos pueden surgir durante los estados hipnóticos o narcosintéticos.

B.- SINTOMAS

La naturaleza de los síntomas histéricos suele estar de terminada por una necesidad, por un rasgo de la situación -- que los produjo y por el tipo de invalidez que sea más útil para satisfacer el propósito subconsciente con el que fueron creados. Es la regla que mientras más turbulentas sean las corrientes ocultas emocionales y mientras mayor sea el trastorno de las intensas tendencias impulsivas, más sorprendentes e intensas son las manifestaciones y mayores son los sig nos de angustia.

12.- CONCEPCIONES

A.- Pierre Janet.

Según Pierre Janet es la estructura de la conciencia -- del histérico la que esta fundamentalmente alterada. Al i--- gual que en la hipnosis, existe concentración y reducción -- del campo de la conciencia sobre la idea sugerida. Análogo-- mente el histérico posee una aptitud para vivir intensamente las imágenes y para hipnotizarse por ellas. Así desarrolla -- hasta su realización plástica y motora, la idea fija que --- constituye el síntoma fundamental de la histeria. Esta idea -- fija es una manifestación del automatismo psicológico, es de cir de todas las fuerzas inconscientes que son liberadas a -- causa de la debilidad de la conciencia. Los sentimientos, -- las creencias, los deseos, los recuerdos, las representacio-- nes mentales, toman entonces una intensidad particular y los síntomas histéricos (parálisis, amnesias, doble personali-- dad, etc.) configuran o cristalizan estos fenómenos de eman

cipación automática. Los estudios de Pierre Janet se han referido principalmente a este aspecto de la desorganización, de la desintegración del Yo, tal como pueden ser realizadas por medio de la hipnosis y observadas en las crisis y en las manifestaciones histéricas. Esta concepción ha sido más o menos la misma que la de Sollier (disociación histérica) por la misma época, y que la de Claude un poco más tarde (esquisis).

B.- Sigmund Freud.

En un principio con Brener, y después estableciendo la famosa teoría del inconsciente patógeno, Freud fue más lejos. Mostró que la fuerza de los fenómenos histéricos provenía de la represión, en el inconsciente, de los sentimientos, deseos y temores que expresan. En primer lugar Freud ha establecido su famosa teoría de la histeria basada en la represión de los recuerdos. Había observado en efecto; que en el curso de la crisis surgían antiguos recuerdos (infantiles) que estaban separados de la organización consciente de la memoria (inconsciente) y reprimidos por la "censura" en razón de su carácter intolerable (reprimidos).

En segundo lugar que las otras manifestaciones histéricas se comprendían si se les consideraba como expresiones simbólicas (disfrazadas) de los sentimientos en relación con los recuerdos reprimidos. De tal manera que, esencialmente, Freud ligaba la histeria a una excesiva represión de un acontecimiento o de una escena constituida por lo general por un traumatismo sexual infantil. Pero, posteriormente, la

teoría se amplió con el recurso a la idea de regresión. Para la escuela psicoanalítica contemporánea (a excepción de --- ciertos autores tales como Bounet, que discernen, en la histeria, una regresión a estados pregenitales), la neurosis histórica esta caracterizada, desde el punto de vista de su estructura inconsciente, por la fijación y la regresión a la fase edipiana o genital. La histeria es una neurosis "edípica". La característica angustia de esta fase del desarrollo libidinal (la elección objetal), es decir la angustia de la culpabilidad sexual, de la castración, de los complejos incestuosos, es lo que constituye la fuerza inconsciente contra la cual el histérico se defiende por medio de la conversión al plano corporal somático del conflicto inconsciente.

C.- Conclusiones:

Así Pierre Janet y Freud no estan tan lejos el uno del otro como sus defensores han proclamado. Ambos han profundizado en los dos aspectos complementarios (negativo y positivo) de la neurosis histórica. En efecto ésta depende a la vez de una disgenesia de la organización psíquica y del empuje de las fuerzas inconscientes. La impotencia del histérico que él compensa en su imaginación desbordante atañe a la identificación o la unidad de la persona. El Yo no puede conseguir o no ha conseguido jamás componer una auténtica imagen de si mismo y en medio de la discontinuidad y de los artificios de ésta mala estructuración del Yo, convierte la existencia en una verdadera comedia, se abandona a la fuerza de sus fantasmas y sigue hasta agotar la plasticidad de las imágenes en sus fragmentos dispersos.

ESQUIZOFRENIA

1.- PSICOSIS ESQUIZOFRENICAS

Entre el conjunto de las enfermedades mentales graves _ que provocan una modificación profunda y severa de la personalidad, el grupo de las esquizofrenias engloba efectivamente la mayor parte de los casos de alienación mental caracterizado por un proceso de disgregación mental, que ha sido -- llamado alternativamente "demencia precoz", "discordancia o ataxia intrapsíquica" o "disociación de la personalidad".

2.- HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA

Desde hace mucho tiempo estos enfermos han llamado la atención de los clínicos, ya que entre todos los que poblaban los asilos del siglo XIX existía un aire de familia. En Francia, Morel describía a algunos de ellos "afectos de estupidez desde su más temprana edad" con el nombre de "dementes - precoces"; Hecker, en Alemania, designó esta enfermedad como una hebefrenia (estado demencial de la gente joven), y Kalhabaum, interesándose sobre todo por sus trastornos psicomotores (inercia, flexibilidad cérea, catalepsia, hiperquinesia, patetismo de las expresiones, manierismos etc.) los describió como afectos de catatonía o locura de tensión. De --- 1890 a 1907 E. Kraepelin (en las sucesivas ediciones de su célebre Tratado de las enfermedades mentales, donde se esforzaba en describir las entidades nosográficas de manera precisa) reunió todos estos casos con el nombre de Demencia precoz. Para él, esta consistía en una especie de locura, caracter

terizada por su progresiva evolución hacia un estado de debilitamiento psíquico y por los profundos trastornos de la afectividad (indiferencia, apatía, sentimientos paradójicos) Kraepelin, a través de sus observaciones aportó una excelente descripción clínica del trastorno y lo clasificó en varios tipos (simple, hebefrénica, catatónica y paranoide) _ concluyó que todos eran manifestaciones de una sola entidad _ patológica.

Las concepciones actuales de la esquizofrenia se basan _ principalmente en los esquemas de Kraepelin, Bleuler, Meyer _ y Freud.

Todos los observadores de ésta época (Chaslin, Seglas, Stransky, etc.) apreciaban que en estos casos se trataba _ menos de "demencia" que de una "disociación" de la vida psíquica, que pierde su unidad, de una especie de "disgregación de la personalidad".

Es precisamente esta noción la que queda implicada en - el mismo concepto de Esquizofrenia, palabra con la que Bleuler, en 1911 propuso designar el grupo de los "dementes precoces". Según él estos enfermos no son dementes, sino que es tán afectos de un proceso de dislocación que desintegra su capacidad "asociativa" (signos primarios de la disociación) proceso que al alterar su pensamiento, les sume en una vida _ autística cuyas ideas y sentimientos constituyen - como en el sueño- la expresión simbólica de los complejos inconscientes (signos secundarios). Bleuler, en Zurich (con Jung, alumno de Freud), había comprendido la nueva dimensión que la _ psicología de las profundidades inconscientes podía añadir _

a los análisis púramente descriptivos de Kraepelin.

Bleuler fue el primero en señalar la gran importancia de considerar seriamente y desde un punto de vista científico, el contenido de los pensamientos y de las tendencias de los instintos, y de todo lo que hiciera el enfermo. Notó que si se estudiaban concienzudamente las alucinaciones y las ideas delirantes del paciente podrían correlacionarse con sus antecedentes vitales, con sus primeras esperanzas y sus primeros miedos, y con las primeras relaciones vividas al lado de sus padres y hermanos. Para Bleuler, todos los enfermos mentales salvo los maniacodepresivos, los neuróticos, los epilépticos y los "orgánicos" entran en el grupo de la esquizofrenia. Reduciendo la Esquizofrenia a una disposición característica la "esquizoidia" (Kretschmer) y ésta a una pérdida de contacto con la realidad (Minkowski) dicha extensión no podía más que acentuarse.

Meyer dio gran importancia a los conceptos de tipos de reacción y deterioro de los hábitos. El resultado es una desorganización de la personalidad, que en las etapas finales, hace que el enfermo se aisle de la realidad. Meyer fue uno de los primeros en recalcar que no interesa tanto hacer un diagnóstico clasificable sino estudiar los hechos y los factores que actúan en cada paciente y en sus cualidades positivas.

Poco a poco se ha hablado no ya de enfermedad, no ya de síndrome, sino de reacción de tipo esquizofrénico, como si la esquizofrenia consistiera en una cierta ruptura con la realidad, que pudiera ser episódica o definitiva, que pudie-

ra ser una simple actitud de introversión o una profunda regresión autística de la personalidad.

La esquizofrenia es una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro de un género, el de las psicosis delirantes crónicas. Se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás para perdense en un pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario.

3.- DEFINICION DE LA NOCION DE ESQUIZOFRENIA

+ Generalmente se entiende: un conjunto de trastornos en los que dominan la discordancia, la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes y las alucinaciones mal sistematizadas y perturbaciones afectivas profundas, en el sentido del desapego y de la extrañeza de los sentimientos, trastornos que tienden a evolucionar hacia un déficit y hacia una disociación de la personalidad.

4.- ETIOLOGIA

A.- Frecuencia, Edad y Sexo.

Es la más frecuente de las psicosis crónicas: comprende entre 0.36 y 0.85 % de la población general. Es una enfermedad del adolescente y del adulto joven. Rara vez antes de los 15 años y también rara después de los 45 - 50 años. En--

+ Henri Ey. Tratado de Psiquiatría. Ed. Toray Masson. Pag.532

tre 15 y 35 años es cuando la morbilidad es más elevada ---- (75% de los casos para Kraepelin, 60% en la estadística de Bleuler). La enfermedad esta repartida por igual entre ambos sexos.

B.- Factor genético de predisposición (Herencia).

En lo que se refiere al riesgo hereditario, el porcentaje de esquizofrenia entre la población general sería menos de 1%, mientras que para los hermanos del esquizofrénico, el riesgo se eleva al 10.8% según Verschuer (1939); a 14.2% según Kallman (1946); a 10% según Plananski (1955). El riesgo para los hijos es según Verschuer y Luxemburgen en (1939) de 16.4%; para Plananski (1955) de 10 a 15 %. Por otra parte, entre los padres de esquizofrénicos se encuentran, según Kallman 9.5% de enfermos y según K. Plananski de 5 a 10 %.

El estudio de los gemelos resulta aún más demostrativo, puesto que, según Slater (1953) la concordancia entre los monocigotos es de un 76% y según Kallman de 86.2%.

C.- Factor caracterial de predisposición (Psicotipo).

La escuela de Tubinga (Kretschmer) ha ligado el biotipo, que intentó definir como predisposición para la esquizofrenia, a un psicotipo que corresponde al tipo introvertido de Jung (1907) y al tipo esquizotímico de Bleuler (1920). Estos términos designan un tipo de carácter normal, de humor retraído, hipersensible, de apariencia fría, que tiende a la inhibición, pero que se libra a descargas impulsivas inadecuadas.

cuadas. Los introyertidos esquizotímicos son seres meditativos, sistemáticos, abstractos, obstinados y soñadores. De la esquizotimia se puede pasar a la esquizoidia (carácter ya patológico) en que el humor retraído se convierte en "aislamiento" mientras que la inhibición y la impulsividad terminan en la desadaptación social, y la meditación profunda, la tendencia al sueño y a la abstracción se convierten en espíritus de sistematización, en racionalismo mórbido y en idealismo rígido.

Está admitido por todos los autores que entre los familiares de esquizofrénicos existe una proporción de esquizoides (15 a 35 %) largamente superior a la que existe entre la población general que sería alrededor de 3%. También está admitido que alrededor de la mitad de los esquizofrénicos -- mostraban, antes de la enfermedad, los rasgos de la personalidad esquizoide.

Otros caracteres que pueden predisponer a la esquizofrenia: algunos sujetos antes de la eclosión de la esquizofrenia han mostrado ciertos rasgos de carácter o de conducta -- que no entren en la esquizoidia tal como ha sido descrita, -- pero que son netamente patológicos; trastornos del carácter, rasgos neuróticos, agresividad impulsiva, preocupaciones hipocóndricas etc.

D.- Factores psicosociales. La familia del esquizofrénico.

Muchos de los acontecimientos contemporáneos del comienzo de la psicosis y a menudo invocados como una causa moral por las personas que rodean al enfermo, (fracasos, duelos,

exceso de trabajo, emociones, etc.) no desempeñan más que un papel de "precipitación".

F. Male (1957) señala la importancia de los traumatismos sexuales precoces y esto acentúa la importancia de los acontecimientos de la primera infancia.

La familia: se ha observado la incidencia de acontecimientos que la disgregan, afectando a las primeras relaciones del niño (separación del niño y de la madre, emigración "trasplantes", separación de los padres). La carencia y la frustración dependen del padre y de la madre, en la mayor parte de los casos. Producen una perturbación profunda en el niño, que se siente abandonado y sin autonomía. La educación peca por los dos polos: carencia de apoyo y carencia de ambición. En consecuencia las relaciones interpersonales (Sullivan) carecen de matices, los acontecimientos se nivelan sin una escala de valores.

La teoría psicoanalítica sostiene que en el esquizofrénico, los primeros períodos de la relación entre la madre y el lactante deben haber sido deficientes puesto que la patología del enfermo adulto sugiere un aislamiento regresivo hacia conducta infantil emocional, que se revela en el comportamiento omnipotente, en las reacciones de rabia infantil y en la incapacidad para percibir la realidad.

El trabajo de Harlow ha podido comprobar la teoría de que la privación de los cuidados maternos en los primeros meses puede producir defectos perdurables en la capacidad de alternar en sociedad, e incluso en la capacidad de llevar a cabo actividades sexuales de manera afectiva.



E.- Síntesis.

Intentando sintetizar la acción convergente de estos diversos factores pues el proceso esquizofrénico no es reductible a ninguno de ellos; sino que es una resultante. El proceso esquizofrénico consiste en la tendencia a la desorganización del Yo y de su Mundo y a la organización de la vida autística. Y así se comprende que esta malformación sea irreductible a un simple desarrollo histórico. Ya que la historia y la organización de la persona dependen a la vez de la acción estimulante del medio y de la integración del organismo.

Los conflictos se remiten a la malformación del Yo y la malformación del Yo a los conflictos, en un incesante intercambio de relaciones circulares. La mala diferenciación de los personajes parentales, en la familia y ante el niño, va a remitirnos a las dificultades de la identificación siendo malformación y alienación del Yo, la psicosis esquizofrénica está predeterminada y realizada según el trazado de esta debilidad original, congénita y prehistórica. Las conductas frágiles y las relaciones ambiguas de la situación infantil conducen a fracasos y la esquizofrenia surge de estas derrotas sucesivas.

El proceso esquizofrénico esencialmente dinámico, se nos aparece como una evolución regresiva de la persona que corresponde a una profunda impotencia (condiciones orgánicas deficitarias y negativas) y a una profunda necesidad (factores psíquicos y positivos): impotencia para vivir en un mundo real y necesidad de huir a un mundo imaginario.

5.- EL COMIENZO. LA ESQUIZOFRENIA "INCIPIENS".

En una esquematización clínica basada en la continuidad o en la discontinuidad del desarrollo mórbido y en la rapidez de su evolución, distinguimos cuatro grupos entre estas formas del comienzo de la enfermedad.

A) Las formas progresivas e insidiosas que presentan la mayor continuidad en su desarrollo son aquellas que conducen lentamente al enfermo desde la predisposición caracterológica o neurótica hasta la esquizofrenia.

B) A la inversa, la enfermedad puede empezar por un gran acceso delirante o catatónico. Son las esquizofrenias de comienzo agudo.

C) Entre estas dos formas, que se oponen por su "tempo" evolutivo, pueden situarse aquellas otras en las que intermitentemente aparecen grandes episodios que constituyen una evolución en forma cíclica sobre un fondo esquizoide.

D) Por último, el comienzo puede presentarse como la forma monosintomática, con la aparición de síntomas tanto más desconcertantes cuanto que se dan aislados.

6.- REACCIONES ESQUIZOFRENICAS

Los síntomas de las reacciones esquizofrénicas se reconocen por la calidad poco común y extravagante de la conducta, que incluye una actitud distante respecto al ambiente, - suspicacia, períodos de destructividad impulsiva y despliegues emocionales exagerados e inmaduros que a menudo manifiestan direcciones ambivalentes y parecen inapropiadas a quien los observa. Las percepciones interpersonales se distorsionan en los estados más graves, debido al material de -

las ideas delirantes y de las alucinaciones. En las formas más desorganizadas de la vida esquizofrénica, el individuo se aísla en un mundo de fantasía y sus hábitos se deterioran pues ignora las costumbres sociales habituales y se olvida de su cuidado personal.

El esquizofrénico es incapaz de establecer, por medio de defensas y adaptaciones maduras, una armonía efectiva entre sus impulsos coercitivos y sus inhibiciones ya que no ha podido desarrollar un concepto satisfactorio de su propio cuerpo ni un concepto claro o estable de si mismo. El enfermo a menudo no sabe cuales son sus objetivos o bien sus aspiraciones son tan elevados o inflexibles que exceden los talentos, la persistencia y el empuje que el esquizofrénico tiene para lograr lo que se propone. Su capacidad para evaluar con claridad la realidad del mundo es deficiente. Su interacción con otras personas se caracteriza por procesos inmaduros de comunicación y de adaptación.

En términos psicoanalíticos, los esquizofrénicos representan el grupo que debido a factores somáticos o psicógenos no ha logrado desarrollar los procesos integrativos del ego ni la fuerza necesaria para resolver con flexibilidad los conflictos entre los impulsos coercitivos del (id) y las aspiraciones y actitudes demasiado exigentes del super - ego.

Estos pacientes son, por lo tanto, personas con una capacidad defectuosa para adaptarse a las exigencias sociales haciéndoles frente y para adaptarse a sus propios impulsos coercitivos; carecen por lo tanto de un concepto armónico de sí mismos y de un ideal para su ego; carecen de objetivos y motivaciones claras. Como sustituto, gran parte de su adapta

ción se efectúa por medio de conducta regresiva o basada en fijaciones infantiles, que es sólo parcialmente satisfactoria.

7.- TRASTORNOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS.

Trastornos primarios.	Trastornos del pensamiento.	Trastornos de la asociación. Trastornos del curso del pensamiento. Trastornos en el contenido del pensamiento.
	Trastornos de la afectividad.	Aplanamiento afectivo. Disociación idec-afectiva. Ambivalencia afectiva.
	Trastornos en el contacto con la realidad.	Autismo.
Trastornos secundarios.	Alucinaciones.	
	Ideas delirantes.	
	Ilusiones.	
	Trastornos de la atención.	
	Sentimientos de despersonalización. Perturbaciones de la memoria. Perturbaciones del lenguaje y la escritura.	

8.- DESCRIPCION DE LOS TRASTORNOS.

A.- Afectividad.

El deterioro emocional es una de las características más sobresalientes y uno de los trastornos fundamentales de la esquizofrenia. Mientras en un cuadro psicótico se conservan las emociones podemos calificarlo de agudo y de crónico cuando las emociones han desaparecido.

El paciente es incapaz de sentir y regular apropiadamente sus emociones. El sentimiento o afecto se aísla de las realidades externas y se limita al propio Yo. Conforme la enfermedad progresa y aumenta, el empobrecimiento emocional, el enfermo se vuelve indiferente, no sólo a los sentimientos y valores subjetivos que para una persona con salud mental hacen que la vida valga la pena de vivirse, sino también respecto a las comodidades y necesidades fundamentales, como si existiera a un nivel vegetativo. Algunos pacientes no muestran ese pegamento de la afectividad, sino más bien un afecto definido y predominante, como la euforia o depresión. Estos sentimientos, sin embargo, carecen de profundidad o de enfoque. El estado de ánimo persistente o rigidez emocional no tiene relación con las circunstancias o las experiencias externas.

Otra alteración del afecto es aquella en la cual la expresión emocional está desligada de la realidad, se manifiesta por una incongruencia emocional, que a menudo se hace aparente en forma de una sonrisa, una risa o una risita estúpida que no tienen nada que ver con lo que está sucediendo. Con frecuencia la incongruencia se establece entre el estado de ánimo y la idea consciente. A veces una experiencia o una idea que debería provocar cierta respuesta emocional, produce el sentimiento opuesto (falta de conexión o disociación emocional). Cada vez que un esquizofrénico expresa un afecto, este parece superficial, poco natural, altisonante, carece de la propiedad de contagiarse y provoca sentimiento de incomodidad o alejamiento en quien observa dicha expresión afectiva . Uno de los medios que la persona normal utiliza pa

ra manejar las situaciones difíciles y amenazadoras es amirrarlas o ignorarlas. Es concebible, por lo tanto, que el paciente se defienda constituyendo una muralla de indiferencia en torno suyo.

Detrás de estas perturbaciones de las relaciones o de las emociones, se descubre la primitiva exigencia del mundo de los instintos, ya revelado en los conflictos sin matices de las pulsiones desordenadas y de las prohibiciones mágicas. Sólo la regresión esquizofrénica alcanza el mismo nivel primitivo de las realizaciones instintivas narcisistas del lactante.

La profunda finalidad de todas las conductas o manifestaciones afectivas, parece ser la de negar la afectividad, la de destruir la significación. De ahí la indiferencia, el desinterés, la apariencia desvitalizada y el negativismo.

B.- Pensamiento.

En estado normal, las asociaciones de ideas se suceden con una secuencia lógica y definida, y progresan hasta la estructuración completa del pensamiento, pero en casos de esquizofrenia se acotan, fragmentan, o bien se alteran a tal grado que pierden su relación lógica. Los trastornos de las asociaciones en la esquizofrenia no son especialmente notables hasta que se ha instalado ya una grave desorganización de la personalidad. No es raro encontrar que mucho antes de que se desarrollara la psicosis franca el paciente mostraba ya una pérdida de la cohesión en los lazos asociativos del pensamiento. En etapas posteriores el paciente tal vez habla a través de generalidades y abstracciones difíciles de captar. Es habitual que utilice expresiones metafóricas y excen

tricas. Sin duda lo que el esquizofrénico dice casi siempre tiene significado para él mismo, aun cuando los otros no lleguen a captarlo de la misma forma. En las reacciones esquizofrénicas con mayor desorganización las conexiones asociativas tienden a alterarse cada vez más, se vuelven incongruentes y en ocasiones son a tal grado incompletas o imperfectas que los comentarios del paciente se vuelven fragmentados, inconexos, ilógicos o incluso ininteligibles. La secuencia del pensamiento puede no proseguir hasta su objetivo lógico, el pensamiento por lo tanto se vuelve difuso y desorganizado. - La causa y el efecto pueden intercambiarse. Si el paciente percibe que su pensamiento está alterado, dice que repentinamente le extraen los pensamientos de la cabeza. Puede ser muy aparente la falta de concordancia entre la pregunta y las respuestas, rasgo que cuando la conciencia esta clara sugiere fuertemente el diagnóstico de esquizofrenia. Sin embargo dicha falta de concordancia entre las preguntas y las respuestas no sea tal para el enfermo y tal vez el interlocutor encontraría concordancia si conociera la importancia semántica de las elucubraciones autistas del enfermo.

Las elucubraciones a menudo llegan a caracterizarse por un simbolismo vago y raro. Se cree que dichas elucubraciones anormales tienden a expresar por condensación los diversos problemas que afectan al enfermo. Muchos esquizofrénicos muestran una pobreza de asociaciones y de ideas. En las primeras etapas de la esquizofrenia puede presentarse una fuga de ideas bastante típicas, la cual posteriormente tiende a transformarse en incoherencia. Puede aparecer bloqueo cuando las asociaciones se acercan a material conflictivo doloroso. Tiende a surgir principalmente cuando se habla de ciertos te

mas ya que el enfermo maneja los comentarios neutrales en la forma habitual. El pensamiento del esquizofrénico parece estar bajo la dirección del inconsciente, las constelaciones afectivas y las corrientes instintivas ocultas moldean y dirigen las asociaciones y los símbolos que posteriormente sur--gen a la conciencia en forma de pensamiento dereíístico y ---constituyen un tipo de pensamiento muy semejante al de los -sueños, en los cuales se encuentran procesos activos de sim--bolismo, desplazamiento y condensación. El pensamiento dereíístico es un tipo placentero de "proceso primario", como el de los primeros años de la vida, que tiende a falsificar la realidad y descartar el pensamiento realista, lógico y cient--tífico.

La explicación a las alteraciones en el pensamiento del esquizofrénico se encuentran en la gran influencia que las -percepciones internas ejercen en la dirección de las asocia--ciones, sin relación con la realidad. Debido a su origen in--consciente, las asociaciones son imperfectas, se hacen des--pués de muchos rodeos, son fragmentadas, incongruentes, no -progresan y estan unidas por los afectos comunes y no por co--nexiones lógicas y conscientes, como consecuencia resultan -diversas formas de incoherencia. Cuando las conexiones pre--sentan una especial falta de cohesión, hablamos de que el --pensamiento del esquizofrénico esta disperso. Esto quiere decir que la conexión inconsciente de las ideas es más intensa que lo habitual.

Es arcaico: el pensamiento del esquizofrénico es un pen--samiento mágico que adopta el animismo del primitivo, su im--permeabilidad a la experiencia, su adhesión a los valores me

tafóricos y a los arquetipos simbólicos.

Es irreal: es un pensamiento paralógico a la vez simbólico y sincrético (un triángulo es identificado como una hostia -- " a causa " de la trinidad).

C.- Contacto con la realidad.

El autismo es la vuelta del individuo hacia un mundo -- subjetivo que cobra primacía, concomitante a la alteración -- en la relación con el mundo externo, es el alejamiento de la realidad y el predominio de la vida interior en donde ni la lógica ni la evidencia tienen influencia sobre los deseos, -- expectativas e ideas del individuo. Este fenómeno que para -- Bleuler y Minkowski representan el síntoma fundamental de la enfermedad, para Henri Ey constituye la característica básica, el núcleo y la esencia misma de la esquizofrenia insuperable de la llamada Experiencia Delirante que se organiza en el mundo autístico el cual es cerrado y oculto, que no es -- sistematizado y estereotipado hasta el empobrecimiento y la -- incoherencia, caótico, fragmentario y deshilbanado.

Para Wgrsh el delirio se caracteriza por:

- a) Sólo se expresa en el lenguaje abstracto y simbólico.
- b) La imposibilidad de ser penetrado y reconstruido por el -- observador.
- c) Utiliza modos de pensamiento o de conocimiento mágicos.
- d) Esta constituido por ideas que forman una concepción hermética del mundo.

Puede decirse que el delirio autístico es una elabora-- ción, es el trabajo que el esquizofrénico hace para darle -- contenido a la experiencia sensible, de tal forma que se ---

siente que no puede retener sus pensamientos por darse estos en un flujo exageradamente rápido, él piensa que fuerzas extrañas y ajenas a él le roban el pensamiento. Esta elaboración esta determinada por los deseos y temores del individuo. Para Blauler el mundo autista toma para el paciente tanta -- realidad como el externo, pero se trata de una realidad de -- distinta especie, sin poder separar ambas, coexisten y se interpenetran llegando a tomar la experiencia real. El pensamiento autista no se ata a las leyes de la lógica, más bien los utiliza en la medida que le convienen, presenta poca resistencia a los propios impulsos esta determinado por las necesidades afectivas y los medios que utiliza son: los símbolos (el negro es el diablo, la sangre el amor, el rojo es - fuego etc,) los analogismos y las vinculaciones accidentales.

D.- Alucinaciones.

Las alucinaciones son la proyección de los impulsos y las experiencias interiores hacia el mundo externo, en términos de imágenes perceptuales; en la esquizofrenia y con mayor frecuencia que en cualquier otra forma de trastorno mental se presentan asociados a un estado de claridad de la conciencia.

Su mecanismo es semejante al de las alucinaciones que ocurren en otros estados anormales, pero tienden a ser de naturaleza mucho más disfrazada y a constituir una forma primitiva de adaptación; tienen por lo tanto, mucha más importancia que cuando se presentan en el delirio o en los estados disociativos.

Los deseos repudiados y los sentimientos de culpa se -- proyectan en forma de alucinaciones auditivas que, igual que la voz de la conciencia, acusan y critican.

El enfermo debido a su ego desorganizado es incapaz de reconocer el origen y el significado de sus alucinaciones, cree en la autenticidad de esas imágenes proyectadas, las acepta al pie de la letra y reacciona de acuerdo con lo que él ha aceptado como realidad. Ya no puede distinguir entre las experiencias objetivas y las subjetivas; de lo cual resulta su tendencia a alterar la realidad con alucinaciones e ideas delirantes, pero no todo el material alucinatorio consiste en acusaciones, la percepción auditiva proporciona con suelo, compañía, consejos, juicios e incluso satisfacciones de tipo sexual. Suelen identificar estas percepciones alucinatorias como la representación de las voces de personas importantes en su vida (progenitores, amantes o amigos) y -- tales voces parecen servir como sustitutos a dichas personas. Los componentes acusatorios y afectuosos parecen representar al mismo tiempo los elementos reales y los elementos que se desearan en la relación personal que se ha perdido.

Con frecuencia el principio de la experiencia alucinatoria tiene lugar cuando el individuo en realidad ha perdido -- una relación importante o cuando debido al aislamiento causado por la enfermedad o el hospital, el paciente se ve privado de dicha relación.

El esquizofrénico puede encontrar que sus alucinaciones son a tal grado útiles que se niega a abandonarlas, como con secuencia llegan a constituir uno de los medios más preciados de que el enfermo dispone para adaptarse, de modo que se

ocupa cada vez más no de un mundo real sino de un mundo alucinatorio, protegido de los problemas de la realidad.

Puede decirse que las alucinaciones del esquizofrénico colaboran con las ideas delirantes en el desarrollo del mismo tema, unos por medio de imágenes simbólicas, otras por medio de ideas.

Las alucinaciones en la esquizofrenia, son de tipo auditivo con más frecuencia que de cualquier otro sentido. A menudo se pasan por alto las experiencias cinestésicas y olfatorias. Las alucinaciones visuales no son muy frecuentes y tienden a limitarse a fases agudas de la psicosis. Cuando aparecen las primeras veces, las alucinaciones a menudo se acompañan de una tensión emocional considerable y pueden ejercer sobre el enfermo una influencia angustiante e inquietante. Conforme pasa el tiempo llegan a importar poco al paciente y ejercen menos influencia sobre su conducta.

E.- Ideas Delirantes.

La vivencia delirante constituye para Henry Ey un fenómeno ligado a trastornos negativos, en cuanto que responde a una carencia, un vacío al que el paciente da un contenido autístico.

El contenido ideativo que predomina en la esquizofrenia a menudo consiste en ideas delirantes que suelen parecer grotescas y sin significado debido a que las satisfacciones que el enfermo busca a través de tales ideas están muy disfrazadas por su simbolismo y debido a que las necesidades en respuesta a las cuales se han creado dichas ideas delirantes, no suelen ser aparentes. No obstante las ideas delirantes ja

más carecen de significado, mas bien son específicas, y están adaptadas a las necesidades y situaciones psicológicas de cada individuo y concuerdan con sus experiencias vitales particulares, aun cuando se aljen de la realidad en forma notable. La tendencia de las ideas delirantes son grotescas y se organizan en forma incoherente y se encuentran centradas entorno a temas de persecución, de grandiosidad, de sexo y a originarse en fuentes autísticas y sin embargo a expresarse en un marco relativamente claro.

En las primeras etapas de la esquizofrenia las ideas delirantes pueden no estar fijas y el paciente duda en ocasiones respecto a sus ideas de referencia o respecto a la hostilidad de su ambiente, en etapas posteriores el paciente se convence de que sus ideas delirantes son hechos reales. Al principio de su psicosis el esquizofrénico puede tener ideas obsesivas que resulten ser las primeras etapas de un proceso que posteriormente se vuelve de franca externalización y proyección.

Las ideas delirantes le sirven, con bastante efectividad para reorganizar subjetivamente las situaciones de su vida y para manejar problemas como impulsos coercitivos y tendencias obstaculizadas, esperanzas frustradas, defectos biológicos, sentimientos de inseguridad, características repudiadas, sentimientos corrosivos de culpa, constelaciones afectivas y otros tipos de contenido del inconsciente. En ningún otro trastorno mental se dramatiza y simbolizan tan cuidadosamente, en forma fantástica, los problemas, deseos y conflictos del paciente. Este hecho y la alteración que el esquizofrénico tiene en su capacidad para apreciar y compro-

bar la realidad de sus fantasías tiende a crear ideas delirantes extravagantes y caprichosas.

Estos enfermos tienden a regresar a la etapa en que se cree en causas y efectos mágicos. Algunos pacientes en su retiro esquizoide no muestran signos de ideas delirantes.

F.- Ilusiones.

A la distorsión de la percepción real se le denomina ilusión. En la esquizofrenia las ilusiones se confunden con las alucinaciones, lo que se manifiesta en el hecho de que cuando hay silencio se localizan las voces provenientes de cualquier rincón, pero cuando hay ruido estas se hallan en el lugar del mismo.

En las ilusiones auditivas todo ruido o sonido que estimula el nervio acústico puede originarlas, incluyendo la distorsión de la palabra hablada de tal forma que el paciente mal interpreta lo que oye en el sentido de sus ideas delirantes.

Las ilusiones visuales son de gran importancia pues las alucinaciones visuales casi nunca son sostenidas por mucho tiempo, de tal forma que las que se mantienen son las ilusiones que parten de sus conflictos específicos con la realidad. El paciente ve palacios o prisiones en lugar del hospital; la luz de la calle es vista como ojo de fantasma; los médicos aparecen como diablos etc.

Las alucinaciones y las ilusiones se combinan en los estados crepusculares y en los de aguda excitación alucinatoria: "los asistentes son asaltantes y asesinos que intentan dar tortura y los instrumentos de la misma los constituyen las camas".

G.- Atención.

En el esquizofrénico el estrechamiento de la atención - resulta de las preocupaciones autísticas y de la pérdida de la capacidad para fijar energía e intereses a los objetivos externos. El interés y por lo tanto la atención, se centra en elucubraciones subjetivas, en asuntos dentro y no fuera del paciente. Esta falta de atención y de concentración dan la falsa idea de que el enfermo tiene alteraciones intelectuales, cuando en realidad su intelecto está inerte. Sus respuestas suelen ser triviales y no informatorias debido a que los intereses y la energía están dirigidas hacia material no accesible al interrogatorio habitual. El pensamiento dereístico que tiene el esquizofrénico provoca paralogía, (un estado en el cual la respuesta del paciente muestra que ha entendido la pregunta, pero la contestación es errónea).

La atención activa (o concentración) a menudo se encuentra alterada, la atención pasiva esta afectada en su capacidad inhibitoria, de lo cual resulta que incluso si el paciente vive en un mundo de fantasía todavía puede mantener cierto contacto con la realidad, suficiente para ciertas necesidades prácticas. A menudo sucede que dicho contacto es por completo inadecuado para lograr una adaptación a la sociedad. Pueden estar perplejos, pero rara vez, sufren de alteraciones en el sensorio, es decir, rara vez muestran confusión, en el sentido correcto del término.

H.- Sentimientos de Despersonalización.

Cuando el interés y el afecto se alejan del material -- consciente y conocido al que antes estaban ligados y se unen al contenido del inconsciente aparece un estado que se cono-

ce como despersonalización.

El paciente experimenta sensaciones de vaguedad, de irrealidad, de lejanía entre él y el medio externo y de ser un espectador de la vida en lugar de tomar parte en ello. Siente que él mismo ha cambiado, que ya no se encuentra en su estado habitual. Como resultado deja de reconocerse como una personalidad. Sus acciones parecen mecánicas y automáticas. El enfermo no cree ser otra personalidad, (transformación de la personalidad) sino más bien siente que ha perdido los límites de la suya propia y que ha perdido también el ego que la dirigía. La identificación de la propia personalidad se vuelve indefinida o confusa.

I.- Sensación de Extrañeza.

El enfermo siente que ya no tiene un Yo interno al que atribuye fuerzas e influencias.

Cuando intenta racionalizar esta sensación, llega a sentir que partes de su cuerpo o de su mente parecen extrañas, como si no le pertenecieran. Puede desarrollar ideas más nihilistas y pensar que ya no tiene cuerpo, que no hay mundo o que él está muerto. Además de este cambio en sí mismo, el ambiente le parece poco natural y como que ha perdido su carácter de realidad.

J.- Memoria.

Se observa en la esquizofrenia una hiperfunción de la memoria, de tal forma que durante los estados delirantes es posible observar la irrupción de recuerdos que datan de la primera infancia, apareciendo con toda frescura (compulsión



de recordar). Generalmente están relacionadas con reminiscencias cargadas afectivamente -a pesar de la indiferencia parente del paciente- pudiendo desaparecer repentinamente o permanecer instaladas en la psique. Estos recuerdos a veces se expresan como alucinaciones y no como pensamientos.

Los recuerdos anterógrados llegan a ser inducidos por situaciones exteriores. Cuando los recuerdos infantiles aparecen de una manera coordinada, el paciente adecúa su conducta a los mismos: Un paciente infantilizado deposita sus excrementos sobre un trozo de papel para llevarlos luego al baño, tal y como lo hacía en la infancia.

Por otra parte se observa el fenómeno de las lagunas de memoria, cuyo origen más frecuente son las obstrucciones. Los recuerdos pueden entonces ser obstruidos para siempre algunas veces, y otras sólo en algunas constelaciones específicas, como aquellos sucesos que contradicen los deseos actuales o como aquellos que por algún motivo no se quieren recordar.

Existe una tendencia a generalizar la obstrucción hasta incluir aspectos, cuya relación con la idea desagradable es muy tenue.

Después de fases agudas y agitadas se encuentran amnesias de intensidad y amplitud variable. Cuando el paciente se da cuenta de sus lagunas tiende a atribuir las a influencias ajenas.

Existe incapacidad por parte del sujeto para reproducir sus delirios, pero el recuerdo surge por alguna asociación o indicio.

Cuando no hay una verdadera confusión, la memoria pare-

ce seguir conservada, oscurecida sólo por las falsificacio--
nes aportadas por las ideas delirantes.

Las paramnesias son frecuentes en la esquizofernia; las ilusiones de la memoria aportan el material para la constuc--
ción de ideas delirantes en el paranoide: Un paciente insis--
tía en que su madre, muerta hace tiempo, le había dicho va--
rias cosas que en realidad fueron dichas por el predicador -
en el funeral de aquella.

Igualmente frecuentes son las alucinaciones de la memo--
ria. Un paciente piensa que ha experimentado ésto o aquello_
y se aferra a tal idea como si se tratara de un verdadero re_
cuerdo.

Las ideas delirantes de referencia pueden expresarse co_
mo ilusiones o falsificaciones de la memoria: El paciente ha
leído en las noticias públicas que él iba a llegar al hospi--
tal.

La falsificación mnémica, como la alucinación e ideas -
delirantes, está relacionada con complejos acentuados afecti_
vamente.

K.- Lenguaje y Escritura.

- a) La conversación: ésta es singular por el hecho de que no_
está destinada a establecer un contacto entre el enfermo_
y su interlocutor: es un monólogo a veces rápido entrete--
nido, pero a menudo abstracto, inadecuado a la situación.
- b) La fonética: la entonación, ritmo y articulación están de_
sintegrados; lo mismo ocurre a veces con la estructura---
ción de las palabras (condensación de sílabas, mutila---
ción, deformación del vocabulario) cuya unidad está rota.

- c) Las alteraciones de la semántica: el sentido del material verbal está desviado de su acuerdo con el lenguaje común. Fabrican verdaderos neologismos o emplean en un sentido - nuevo palabras ya existentes.
- d) La escritura, los dibujos y las diversas producciones gráficas muestran alteraciones del mismo sentido y del mismo valor que las del lenguaje oral. Escritura deformada en su grafismo y en sus significaciones; raras ornamentaciones, imágenes fantásticas; cuadros y poemas extraños, simbólicos y abstractos. Se muestra el subjetivismo al que el enfermo ha vuelto. La escritura es oblicua y corre en diferentes direcciones, las palabras forman figuras de cuadros o círculos; o bien figuras extrañas sea con la escritura o con dibujos añadidos.

L.- Discordancia Psicomotriz.

La ambivalencia provoca en los actos una especie de oscilación perpetua de la iniciativa motriz entre la ejecución y la suspensión del movimiento. En la mímica, conduce a la serie de expresiones paradójicas; los músculos de la cara se contraen sin las sinergias habituales (paramimias) y sin coordinación entre la expresión que dibujan y la emoción --- (sonrisas discordantes).

- a) Manerismos: los gestos estan lentificados, solo esbozados o mecánicos, como los de una marioneta.
- b) Impulsiones: las tendencias instintivas que la esquizofrenia pone al descubierto en su forma más primitiva.
- c) Negativismos: los pequeños signos de negativismo están -- muy extendidos en los enfermos (rechazo de la mano que -

se le tiende, la rigidez ante el acercamiento de los demás, el rechazo de la mirada, manifestación de oposición a todo contacto).

- d) Esterectipia: conductas repetitivas de actitudes, de gestos o de palabras que pueden expresar un fragmento de delirio o constituir una especie de vacía ritualización, de gesticulación automática y vagamente simbólica.
- e) Catalepsia: estos trastornos catatónicos ocasionan una cierta momificación de la existencia.

9.- SUB GRUPOS CLINICOS

A.- Esquizofrenia Simple.

Sintomatología:

En este tipo de esquizofrenia los trastornos más notables afectan la emoción y el interés y la actitud.

El trastorno en si es una agravación de la inefectividad y el desinterés. En cuanto a la emoción se observa que se agrava progresivamente hasta la inefectividad. El individuo se muestra malhumorado e irritable, con conducta afectiva paralógica. Sus anhelos dejan de ser realistas.

En los antecedentes del sujeto están los rasgos esquizoides de carácter (introversión, rigidez, aislamiento). Se queja de trastornos somáticos vagos y múltiples, o bien cae en estados de inercia y apatía. Al enfermo no le importa la crítica de los demás ni el dolor de sus padres; pierde la capacidad de apreciar los valores estéticos y morales y deja sin terminar el periodo de adiestramiento y aprendizaje necesarios para una profesión o para desempeñar una ocupación --

que requiera habilidad.

El área del interés y la actividad parece dar la característica sobresaliente del trastorno, pues el rasgo más prominente lo constituye la ausencia de voluntad o de empuje y una escases progresiva de recursos interiores, revelan el -- marchitamiento de la personalidad, que constituye el rasgo -- más prominente de este tipo. Van disminuyendo las capacida-- des de trabajo y la de cuidar de si mismo.

Los sujetos pueden dar el aspecto de psicópata, de degenerado, vagabundo, malhechor, prostituta, insocios morales -- alcoholicos. Aunque su intelecto esta indemne, sólo son capa-- ces de efectuar, bajo vigilancia, algunas labores rutinarias simples. El enfermo no recupera el interés en su ambiente ni se ocupa de las responsabilidades.

En la esquizofrenia simple no se presentan los síntomas secundarios. Si aparecen alucinaciones, son escasas y fugaces, y las ideas delirantes tampoco tienen un papel importan-- te.

Aparición:

Habitualmente el trastorno se establece en forma gra--- dual y toma la forma de un cambio y empobrecimiento insidioso de la personalidad, los amigos del paciente no comprenden que significa dicho cambio. En la adolescencia un joven que -- tal vez ha mostrado grandes posibilidades, comienza a perder interés en la escuela o en sus ocupaciones; se vuelve malhu-- morado, irritable o indolente.

La fatiga y la depresión cubren posiciones psicóticas an-- tiguas, desinterés hacia las actividades que se realizan au--

tomáticamente. El aislamiento social es justificado por concepciones sobre la marcha del mundo, la religión, la abstinencia, etc.

Evolución:

Su evolución progresa lentamente, el paso de la esquizofrenia a la disociación de la vida afectiva y social se realiza insensiblemente. La evolución se hace en 10, 15 ó más años.

Forma terminal:

Algunos casos terminan en una forma de déficit simple, otros se van mostrando cada vez más deteriorados hasta presentar el cuadro de la demencia grave.

B.- Esquizofrenia Hebefrenia.

Fue la primera forma descrita por Morel (1860) es la demencia precoz de los jóvenes. Se distingue por la predominancia del síndrome de discordancia y por la rapidez de la evolución.

Comprende:

- a) Las formas no catatónicas de comienzo agudo, que no se transforman en estados crónicos paranoides o catatónicos.
- b) Todos los casos crónicos con síntomas secundarios que por si mismos no dominan el cuadro clínico.

Sintomatología:

- a) Apatía progresiva con indiferencia (forma más frecuente).
- b) Comportamiento pueril y caprichoso sobre un fondo de indo

lencia e inconsistencia en relación a todos los valores sociales (ocasional).

- c) Regresión masiva hacia un estado de discordancia demencial rápida.
- d) Excitación que puede ser muy moderada o no estar presente en éste último caso los pacientes simplemente sufren un deterioro, pierden su eficiencia, se vuelven descuidados, negligentes y sucios.

El cuadro clínico esto dominado por sentimientos cada vez más pronunciados de incapacidad física y mental, con diversas acusaciones patológicas, que inducen al paciente a renunciar a toda actividad, al mismo tiempo que sus emociones se vuelven más apagadas, sus afectos se embotan y su atención se relaja.

Las alucinaciones que son frecuentes a menudo representan la proyección de los imperiosos deseos instintivos reprimidos.

El contenido ideativo tiende a tomar la forma de fantasía o de ideas delirantes estrebóticas y fragmentarias y no la de creencias complicadas o sistematizadas.

Los procesos asociativos muestran falta de cohesión, el habla es incoherente; y es frecuente que el enfermo utilice neologismos y adopte posturas y empueramientos forzados.

Los rasgos regresivos son muy notables, el paciente sue le orinarse y defecar vestido y come en una forma voraz y salvaje. El enfermo llega a vivir una vida intensamente autística y se vuelve inaccesible a un grado desconcertante, introvertido en extremo y se aisle del exterior.

La desintegración final de la personalidad y de los hábitos es tal vez, en este tipo, mayor que en cualquiera de las otras formas de esquizofrenia.

Aparición:

El principio de este tipo de esquizofrenia es insidioso y progresivo, habitualmente ocurre en los primeros años de la adolescencia, (dificultades escolares, pérdida de rendimiento, quejas hipocondriacas).

La mayoría de los pacientes que exhiben esta modalidad se encuentran entre los 15 y los 25 años. Es tanto más frecuente cuanto más jóvenes son los sujetos.

El comienzo en ocasiones es subagudo y se caracteriza por una depresión semejante a una reacción afectiva. No obstante, las reacciones afectivas del esquizofrénico suelen ser superficiales e inapropiadas. Por ejemplo bobería, risitas sin causa aparente, sonrisas y carcajadas incongruentes o inapropiadas.

Evolución:

Puede tomar un curso crónico o puede exhibir síndromes agudos -al comienzo o más tarde- pueden complicar el cuadro clínico, alucinaciones e ideas delirantes y ocasionalmente síntomas catatónicos.

Forma terminal:

- a) Necedad pueril.
- b) Depresión con extravagancias.
- c) Apatía.
- d) Autismo.

C.- Esquizofrenia Catatónica.

Kalhabaum la describió en 1847 con el nombre de hebefrenocatatonía. Se caracteriza por la predominancia de los trastornos psicomotores:

- a) Pérdida de la iniciativa motriz.
- b) Cierta grado de tensión muscular (catalepsia).
- c) Fenómenos paracinéuticos (amaneramientos, patetismos, estereotipias, impulsiones).
- d) Trastornos mentales con fondo de estupor y negativismo.

La catatonía consiste esencialmente en estado de excitación o de estupor que puede ir del simple entorpecimiento -- hasta el "bloqueo" en el que sólo es posible la omisión de ciertos movimientos o explosiones verbales.

El negativismo y el automatismo son rasgos prominentes. Puede haber alternancia entre periodos de poca actividad o de inmovilidad y lapsos de actividad excesiva y explosiva. No obstante, con frecuencia un episodio catatónico determinado presenta a lo largo de su evolución sólo una fase, ya sea estupor o actividad excesiva y desorganizada. Por otra parte puede haber una mezcla de síntomas que suelen interpretarse como característicos de una u otra fase:

Sintomatología:

- a) Negativismo: consiste en conductas de rechazo (mutismo, oposición, rechazo del alimento) reflejando el rechazo del individuo a todo contacto.
- b) Sugestibilidad: se caracteriza por conductas de pasividad y de obediencia automática (economía, ecopraxia, ecolalia, etc).
- c) Manerismos: llevando al máximo de intensidad (muecas, mo

hines, explosiones de risa, tics, gestos ceremoniosos o patéticos). Es común que el enfermo ejecute este tipo de actos.

- d) Estereotipias: son conductas de iteración de actitudes, gestos, palabras, tienen como base la inercia, la pérdida de la iniciativa motriz; la pobreza del movimiento y la rigidez. Movimientos incesantes, rítmicos que parecen carecer de sentido.
- e) Impulsiones: descargas motrices repentinas, enigmáticas, absurdas; descargas agresivas que ocasionalmente llegan al asesinato, evidenciando la regresión a la búsqueda de satisfacciones arcaicas e instintivas.
- f) Catalepsia: signo fundamental caracterizado por la plasticidad, la rigidez y la fijación de las actitudes. Cada postura imprimida tiende a mantenerse.

Es la ambivalencia afirma Ey, la que provoca la oscilación de la "discordia psicomotriz", dándose periodos de ejecución y suspensión del movimiento.

Las paramimias son frecuentes, así como la lentificación, mecanización o solo esbozo de gestos.

Se encuentran trastornos neurológicos o somáticos, como los trastornos vegetativos que se presentan como consecuencia de una disregulación de los centros hipotálamoencefálicos, el ritmo y la profundidad del sueño están alterados; se encuentran: hipersalivación, edemas y trastornos visomotores.

El delirio catatónico implica una intensa actividad alucinatoria, experiencia terrorífica de fragmentación y despedazamiento, o bien ideas fantásticas.

Estupor catatónico:

Estupor catatónico o fase de estupor esta caracterizado por un estado de inercia, de inmovilidad con signos negativos, a menudo va precedido de depresión, incomodidad o agitación emocional acumulada.

El paciente tiende a no comunicar su estado de ánimo y sus reacciones se caracterizan por:

- a) Falta de interés.
- b) Desatención.
- c) Preocupación.
- d) Pobreza emocional.
- e) Elucubraciones oníricas.

Mudo, estuporoso y con una facie semejante a una máscara, el catatónico en ocasiones mantiene los ojos cerrados, pero lo más frecuente es que mire hacia abajo fijamente y sin expresión. Puede mantenerse de pie casi inmóvil, y raramente cambia su posición a lo largo del día. La piel de sus pies puede volverse turgente e ingurgitada por el edema de las partes blandas. Otro tipo de catatónico pasa el día sentado en el borde de una silla o en cuclillas sobre el suelo. Debido a su pérdida implícita del sentido de la realidad, niega al mundo y activamente se resiste al ambiente. Se opone a cualquier esfuerzo que se haga para cambiar las actitudes y posiciones, a menudo forzados y peculiares que ha adoptado y que puede mantener durante meses.

El paciente se rehusa a vestirse o a comer, aunque en ocasiones si piensa que nadie lo observa come con voracidad. En muchos casos el catatónico retiene la saliva, la orina y

el contenido intestinal, en otros casos, no sólo orina y defeca en sus ropas, sino incluso muestra una aparente intención en su desprecio hacia toda limpieza en sus hábitos de excreción.

Es común que el enfermo ejecute gestos, ademanes y muecas además de tensiones musculares. Debido a la obediencia automática, el enfermo efectúa a veces cualquier instrucción verbal no importa cuán absurda y peligrosa sea. No trata de esquivar los movimientos tipo puñetazo que se hagan frente a sus ojos, tampoco trata de evitar los piquetes de alfiler ni otros estímulos dolorosos. Aunque no da indicios de percibir lo que sucede a su alrededor el paciente en realidad registra los hechos de su ambiente y cuando comienza a hablar hace a veces un relato exacto de todo lo que ocurrió durante su estupor.

Puede considerarse que el estupor es un aislamiento que protege del contacto con el ambiente, el cual resulta amenazante.

El estado de estupor dura semanas y a veces meses.

Excitación catatónica:

Se caracteriza por actividad motora agresiva y desorganizada, no se acompaña de expresión emocional y los estímulos externos no la modifican. La conducta no tiene una aparente finalidad, es impredecible, impulsiva y estereotipada y se confina a un espacio limitado. Habitualmente el negativismo es acentuado. El fluir del habla varía desde el mutismo hasta una verborrea con ensalada de palabras, violencias

verbales y de gesticulación. Es frecuente la adopción de posturas afectadas, amaneramientos y muecas.

La conducta puede ser la respuesta a alucinaciones visuales o auditivas. Las experiencias místicas son frecuentes. La hostilidad y los sentimientos de rencor son comunes. El paciente puede mostrarse insomne, deliroide en apariencia, puede llegar a la deshidratación y al agotamiento con pérdida de peso.

Catatonía periódica:

A intervalos periódicos se reproducen episodios catatónicos separados por remisiones.

Aparición:

Aparece con mayor frecuencia entre los 15 y los 25 años. Casi siempre tiene un principio agudo, con las características de la excitación esquizofrénica, y va precedida de una experiencia emocionalmente dolorosa que la precipita.

Puede empezar con síntomas paranoides, pero las formas crónicas exhiben desde un principio las características de la catatonía con pocas variaciones, independientemente de que empiecen con o sin excitación y agitación.

Evolución:

Después de presentar los estados de estupor y excitación -que puede variar entre la manía y la melancolía- sobreviene un estado de clama, constituyendo una mejoría del paciente, con capacidad de trabajar; disminución o desaparición

ción de las alucinaciones, con corrección de las ideas delirantes. Los síntomas específicamente catatónicos permanecen más o menos claros. Casi en todos los casos se presenta un segundo ataque agudo con las características del primero, haciéndose más pronunciada la deterioración después de cada ataque. Después de varios ataques la enfermedad evoluciona hacia la forma hebefrénica o paranoide con desorganización de la personalidad.

Las remisiones de la hebefreno-catatonía son más raras que las de la forma paranoide. Llega a demencia en 3 ó 4 años.

Forma terminal:

- a) Manerismo.
- b) Negativismo.
- c) ParaneCIAS.
- d) Sugestibilidad.
- e) Mutismo (hipofemia).
- f) Parafemia.

D.- Esquizofrenia Paranoide.

Sintomatología:

Los rasgos que tienden a ser más evidentes, una vez insinuado el cuadro clínico son:

- a) Las ideas delirantes.
- b) Trastornos de la conciencia.
- c) Trastornos del afecto.
- d) Alucinaciones
- e) Extrañamiento del ambiente.

- f) Negativismo, actitudes de sospecha.
- g) Ideas de referencia que al principio se muestran con incertidumbre y posteriormente con certeza.
- h) Violencia que despliega contra sus torturadores.

Ideas delirantes:

Las más comunes son las de persecución, las eróticas y de grandeza y las megalomaniacas. Los pacientes se muestran sensibles ante acontecimientos sin importancia que refieren a ellos mismos. Se sienten injuriados e insultados. No se les puede satisfacer, no se avienen con nadie y buscan siempre aquellos trabajos en los que pueden mantenerse alejados de los demás.

Las ideas delirantes eróticas y de grandeza muestran las mismas variaciones que las de persecución. Los pacientes se creen amados por personas de mayor posición social, transfiriendo sus afectos a otras personas. Los pacientes megalomaniacos han efectuado invenciones maravillosas; son profetas, reformadores del mundo, filósofos, etc.

Los síntomas se acompañan de un mayor o menor grado de deterioración. Generalmente los pacientes no actúan de acuerdo a sus delirios: El príncipe o rey actúa en las labores de la granja. Los que sufren de delirios de persecución insisten en exigir que cesen sus torturas, pidiendo el castigo de los perseguidores.

La deterioración intelectual sólo es posible apreciarla en lo referente a los complejos emocionales del paciente, pues de otra manera los paranoicos dan la apariencia de buen juicio y normalidad.

Las ideas delirantes pueden permanecer estacionarias en su fase embrionaria y por otra parte se encuentran pacientes que no presentan verdaderas ideas delirantes, sino sólo alucinaciones que se limitan a la esfera auditiva ante lo cual el paciente se altera.

Trastornos del afecto y alucinaciones:

En cuanto a los trastornos del afecto están muy ligados a las alucinaciones. Muchos esquizofrénicos paranoicos son irribables, se sienten descontentos, son rencorosos, sospechan de los demás, con sentimientos de ira asociadas, con actitudes hostiles y agresivas viven en alejamiento.

De acuerdo con el carácter del individuo, la enfermedad puede manifestarse en forma de alucinaciones, accesos de sollosos permanentes o episódicos, intentos de suicidio o intenta destrucción de objetos. En los casos moderados mantienen cierto control; se retiran a un rincón cuando sienten impulsos de maldecir. En casos graves los pacientes son incapaces de hacer nada por largos periodos de tiempo.

Habitualmente se presentan alucinaciones auditivas de naturaleza amenazante o acusadora y debido a ello presentan brotes de rabia incontrolables, aún en aquellos pacientes con capacidad de trabajar se desorganizan sufriendo r tos de excitación y agitación ante las alucinaciones, lo cual puede durar minutos o días.

Existe también paranoicos sin alucinaciones, presentando únicamente falsas autorreferencias que pueden ser elaboradas en ideas delirantes o bien se encuentran que asocian alguna idea delirante a cualquier acontecimiento en lo que per

severan durante años.

Aparición:

Su aparición puede manifestarse a edades tardías, después de la adolescencia y posteriormente a los 30 años.

Sintomatología:

Entre los primeros síntomas se encuentran:

- a) Los trastornos de asociación.
- b) La agresividad emocional y la actuación de impulsos hostiles.
- c) Las ideas de referencia.
- d) Pérdida inicial del contacto con la realidad.
- e) Las ideas delirantes son limitadas en un principio, manifestando las necesidades que el individuo satisface a través del trastorno. Las de persecución son las más notables y no son raras las expansivas, las hipocondríacas y las depresivas.

Evolución:

Generalmente el curso de la enfermedad es irregular. Las ideas delirantes pueden surgir súbitamente, completamente concebidas, pueden durar sólo unos días, para desaparecer y volver a aparecer más tarde.

La enfermedad generalmente se instala después de un período más o menos largo de marcados pródomos. Durante la noche aparece un ángel, Cristo o Dios para mostrarle al paciente un nuevo camino.

Cuando existen ideas persecutorias se registra un período de excitación alucinatoria que se prolonga varias horas o días y que se combina con confusión y desorientación. La enfermedad se desarrolla en medio de oscilaciones que a veces se aproximan a la normalidad y otras se alejan demasiado de ella.

Al final el paciente puede estar tranquilo pero sin cambio en sus ideas delirantes, aunque se muestre más sociable. Le es posible mantenerse fuera de la institución pero no por mucho tiempo. Después se repiten los accesos anteriores y se le vuelve a hospitalizar.

Durante un largo tiempo sigue siendo difícil de tratar; su agresividad se manifiesta en gritos y maldiciones.

Gradualmente comienza a tranquilizarse, pero ha perdido su capacidad de iniciativa, los trabajos que se le encomiendan los realiza como una máquina. Las respuestas afectivas se aplanan cada vez más. Son comunes la apatía, los amaneramientos y la incoherencia.

Forma terminal:

- a) Forma fantasiofrénica.
- b) Forma confabulante progresiva (análoga a los delirios de imaginación sistematizados).
- c) Forma de somatopsicosis (hipocondría) .
- d) Alucinosis progresiva.
- e) Forma expansiva.

E.- Esquizoneurosis.

Se le ha llamado a estas formas "esquizofrenias afectivas", "pseudoneurosis esquizofrénicas" (Hoch). Claude reunía en el grupo de las "Esquizosis" todas estas formas de esquizofrenias y también ciertos aspectos de la histeria. Sobre un fondo de esquizoidia puede producirse una evolución - no ya lentamente progresiva y seguida, sino que explota en sucesivos brotes entre los cuales el sujeto, curado ya de su brote psicótico, reemprende una existencia neurótica. Es decir que esta forma relativamente frecuente se caracteriza -- por crisis y por sus relaciones con las estructuras neuróticas: el enfermo alterna dos modos de respuesta a sus conflictos vitales: el modo neurótico, fondo de su existencia y el modo psicótico, que irrumpe por accesos.

Las crisis:

Claude las ha designado como "esquizomanías" para caracterizar su aire explosivo y fugaz, y ha distinguido dos formas principales: aquellas en la que predomina la ensoñación imaginaria y aquella otra en la que predomina el enfado negativista. A menudo, son violentas (mutismo, rechazo de alimentos que expresa la oposición al medio, exaltación, erotismo, fabulaciones compensadoras). Sin embargo, en el seno de estas manifestaciones, aún en las más dramáticas, el enfermo no da la impresión de una pérdida de contacto completa con el ambiente. La crisis no carece de relaciones comprensibles con la biografía del enfermo. Se trata de una mutación delirante y provisional de sus posiciones neuróticas habituales.

La neurosis subyacente es una neurosis grave: se han señalado en la historia posibles pasos de la serie neurótica - (crisis neuropáticas, estados crepusculares, amnesias, catalepsias) a la serie esquizofrénica (despersonalización, delirio, discordancia, catatonia). Puede observarse igualmente el paso, en las neurosis obsesivas graves, de la vertiente psicótica, expresión y fruto del abandono de las posiciones de lucha en provecho de la disgregación del sujeto.

FORMAS ESPECIALES DE LA ESQUIZOFRENIA

F.- Esquizofrenia de los niños.

Se trata de casos que sobrevienen claramente antes de la pubertad. Los que aparecen en la pubertad son, en conjunto, conformes a la descripción de la esquizofrenia del adulto.

El interés de las formas prepuberales de la enfermedad, raras y difíciles de estudiar, se refiere a su particular semiología (el modo de expresarse del niño es más global que el del adulto, menos verbal, más gesticulado) y a la confrontación de las situaciones y de los fantasmas, vividos -- por el niño esquizofrénico, con los hechos o las hipótesis -- sobre el primer desarrollo del psiquismo.

G.- Esquizofrenia de los retrasados.

Se admite que del 6 al 7 % de los esquizofrénicos son retrasados. La verdadera "esquizofrenia injertada" está constituida sin duda por los casos tardíos: un retrasado de unos 20 ó 30 años, por ejemplo, tiene ideas de filiación princi--

pescas o de envenenamiento, se encierra en quejas hipocondríacas y estereotipadas o en un mundo alucinatorio a la vez pobre y monótono.

H.- Esquizofrenias tardías.

Con éste nombre se designan los comienzos posteriores a los 45 años. Estos casos son raros y plantean el problema de las relaciones con las psicosis de involución (Halberstadt- (1925). La forma paranoide es más frecuente a esta edad -- que las otras.

10.- FORMAS TERMINALES DE LA ESQUIZOFRENIA.

- A) En un primer grupo de casos, lo que domina es la inercia y la regresión casi total de la vida psíquica, con vida vegetativa y comportamiento automático y estereotipado de tipo catatónico.
- B) En un segundo lugar, el cuadro clínico se caracteriza sobre todo por la incoherencia ideoverbal. Cuando el lenguaje es completamente incoherente y el sistema de comunicaciones verbales está reemplazado por un lenguaje completamente autístico, se habla de esquizofasia.
- C) En un tercer grupo de casos, es el Delirio con sus expresiones y sus comportamientos extraños.

HIPOTESIS DE TRABAJO

HIPOTESIS DE TRABAJO

- H₁ : La prueba M.M.P.I discrimina en forma cuantitativa y -
cualitativa entre pacientes histéricas y pacientes es-
quizofrénicas en las escalas Hs, Hi y Es.
- H₂ : La prueba M.M.P.I no discrimina cuantitativa ni cualita-
tivamente entre pacientes histéricas y pacientes esqui-
zofrénicas en las escalas Hs, Hi y Es.
- H₃ : La prueba M.M.P.I discrimina cualitativa pero no cuanti-
tativamente entre pacientes histéricas y pacientes es-
quizofrénicas en las escalas Hs, Hi y Es.
- H₄ : La prueba M.M.P.I discrimina cuantitativa pero no cuali-
tativamente entre pacientes histéricas y pacientes es-
quizofrénicas en las escalas Hs, Hi y Es.

Al realizar esta investigación esperamos encontrar que la escala Es de la prueba M.M.P.I no discrimine en forma ---
cuantitativa ni cualitativa entre pacientes con diagnóstico_
psiquiátrico de Histeria y Esquizofrenia de acuerdo a nues-
tra experiencia obtenida en el manejo de esta prueba con pa-
cientes histéricos y esquizofrénicos, al realizar nuestro --
Servicio Social en el Sanatorio Floresta.

Observamos durante este tiempo que pacientes con diag-
nóstico psiquiátrico de Histeria presentaban una elevación --
tanto o más considerable que la que presentaban pacientes --

con diagnóstico psiquiátrico de Esquizofrenia en la escala _
Es.

Con el fin de complementar nuestra investigación decidi_
mos tomar además las escalas Hs y Hi para ver si existían di_
ferencias significativas o no en estas escalas también, y po_
der comparar los resultados obtenidos por los dos grupos de_
pacientes en estas tres escalas.

PLAN DE TRABAJO

PLAN DE TRABAJO

OBTENCION Y CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA

a) Lugar donde se recabaron las pruebas.

Las pruebas fueron aplicadas a pacientes hospitalizadas, en el Sanatorio Floresta, durante los meses comprendidos de febrero a septiembre de 1976.

b) Características de la muestra.

La muestra se compone de dos grupos:

- 1.- Formado por 30 pacientes del sexo femenino con diagnóstico psiquiátrico de Histeria.
- 2.- Formado por 30 pacientes de sexo femenino con diagnóstico psiquiátrico de Esquizofrenia.

En ambos grupos las edades de las pacientes están comprendidas entre 20 y 35 años y su escolaridad es como mínimo primaria. Esta muestra comprende las tres clases sociales típicamente consideradas: alta, media y baja.

PROCEDIMIENTO EN LA APLICACION DE LA PRUEBA

- a) Se realizó una breve entrevista inicial con el fin de establecer rapport y confirmar patología.
- b) Se aplicaron los 566 reactivos de la prueba a cada paciente en forma individual.

- c) Se calificaron y obtuvieron los perfiles de cada-una de las 60 pacientes.

LA PSICOLOGIA Y LA ESTADISTICA.

La primera gran división de las ciencias es en Formales y Fáticas:

- a) Ciencias Formales: los enunciados formales consisten en relaciones entre signos, se contentan con la lógica para demostrar rigurosamente sus teoremas; tenemos como ejemplos la Lógica y las Matemáticas.
- b) Ciencias Fáticas: los enunciados fáticos se refieren en su mayoría a sucesos y procesos, estas ciencias necesitan de la observación y/o experimentación. Algunos ejemplos son la Psicología, la Fisiología, etc.

La Psicología y demás ciencias fáticas, recurren a las matemáticas empleándolas como herramienta para realizar la más precisa reconstrucción de las complejas relaciones que se encuentran entre los hechos y entre los diversos aspectos de los hechos ya que las ciencias fáticas no identifican las formas ideales con los objetos concretos, sino que interpretan los primeros en términos de hechos y de experiencias.

Sólo la experiencia puede decirnos si una hipótesis relativa a cierto grupo de hechos materiales es adecuada o no.

La ciencia fática emplea el método experimental concebido en un sentido amplio. Este método consiste en el test

empírico de conclusiones particulares extraídas de hipótesis generales tales como "los hombres se revelan cuando se les oprime". Este tipo de verificación requiere la manipulación, la observación y el registro de fenómenos; requiere también el control de las variables o factores relevantes. Los datos aislados y crudos son inútiles y no son dignos de confianza; es preciso elaborarlos, organizarlos y confrontarlos con las conclusiones teóricas.

ESTADISTICA

La estadística esta ligada con los métodos científicos en la toma, organización, recopilación, presentación y análisis de datos, tanto para la deducción de conclusiones como para tomar decisiones razonables de acuerdo con tales análisis.

TRATAMIENTO ESTADISTICO

- 1.- Se extrajeron de los perfiles los puntajes de cada una de las escalas de las 30 pacientes Histéricas (Fig. 1) y de las 30 pacientes Esquizofrénicas (Fig. 2). Utilizando los puntajes brutos ya que cuando una prueba estadística utiliza la media y las desviaciones estándares debe efectuar sus operaciones aritméticas sobre los puntajes originales.
- 2.- Se obtuvieron las sumas y las medias de cada una de las escalas (Fig.1 y2), con la siguiente fórmula:

$$\bar{x} = \frac{\sum X}{N}$$

HISTERICAS

(Fig. 1)

SUJETOS	?	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Si
No.					1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	0	7	15	8	29	31	38	27	30	28	38	55	29	33
2	0	5	13	8	10	34	27	25	30	13	41	49	27	47
3	0	4	17	8	13	37	27	29	34	21	39	49	15	53
4	0	1	10	13	10	26	24	23	29	13	16	26	21	32
5	0	3	25	9	17	23	33	32	31	18	21	33	33	24
6	0	10	26	15	19	22	27	24	33	19	26	33	25	39
7	0	9	20	7	20	29	30	21	36	15	33	40	28	50
8	0	3	24	6	19	40	31	31	37	23	40	48	21	51
9	0	6	19	7	5	26	17	25	36	17	27	40	20	40
10	3	10	4	23	11	24	21	17	31	12	6	9	16	37
11	16	7	11	10	17	29	31	31	39	10	18	23	26	32
12	0	2	22	8	17	26	21	25	34	19	31	39	25	37
13	0	4	20	8	22	39	29	27	35	20	37	44	22	52
14	0	7	5	12	12	25	22	14	29	6	15	10	22	32
15	0	2	17	6	25	40	41	36	37	22	34	47	27	26
16	0	6	16	7	15	37	27	26	29	12	36	36	22	45
17	3	2	15	7	16	16	17	27	27	14	19	30	27	25
18	0	10	6	12	14	31	24	22	28	15	17	22	15	44
19	0	5	13	3	15	31	30	26	36	15	25	38	26	25
20	1	9	2	14	2	23	12	11	35	9	12	9	13	34
21	0	10	11	11	11	39	26	26	34	20	30	35	21	44
22	0	9	9	10	19	30	28	18	33	12	19	32	21	39
23	2	9	2	17	3	20	19	10	34	8	9	7	24	17
24	0	3	8	13	12	24	30	30	30	15	16	26	26	26
25	0	3	6	21	12	31	30	18	34	26	12	18	22	30
26	0	5	27	7	28	42	36	32	36	23	46	57	28	53
27	0	4	32	8	19	29	27	19	27	25	39	52	29	48
28	0	7	7	10	10	28	23	16	39	15	22	22	16	37
29	0	8	10	9	20	30	29	26	38	15	29	32	25	24
30	0	2	13	13	15	23	24	18	17	10	18	24	29	23
ΣX	25	174	425	310	457	585	801	712	976	420	771	988	704	1092
\bar{X}	0.8	5.8	14.2	10.3	15.2	22.5	26.7	23.7	32.6	14.3	25.7	32.9	23.5	36.6
S	2.9	2.8	7.8	4.3	6.3	6.5	6.2	6.5	4.5	5.5	10.7	13.9	4.7	10.2

ESQUIZOFRENICAS

(Fig. 2)

SUJETOS	?	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Si
No.					1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	0	5	6	12	2	18	17	19	23	7	5	7	17	18
2	0	10	10	26	7	24	23	17	37	10	4	11	14	23
3	0	7	5	12	19	29	24	25	29	10	24	24	27	35
4	0	11	9	20	5	26	22	19	26	9	15	17	25	31
5	0	9	7	22	4	18	19	17	32	10	8	15	23	22
6	0	5	11	8	5	30	14	21	34	14	20	25	19	43
7	0	5	23	15	12	26	19	17	22	18	20	30	16	33
8	0	10	6	15	14	40	32	26	26	13	22	30	13	41
9	0	6	16	13	7	26	17	14	33	14	17	26	21	35
10	0	4	15	10	7	22	22	23	29	17	23	25	29	29
11	0	4	21	12	7	23	14	25	32	18	23	32	27	26
12	0	12	9	19	1	23	14	16	17	7	9	14	15	26
13	0	11	20	15	8	20	23	22	24	19	21	27	28	28
14	0	8	18	15	16	32	24	27	22	10	30	32	18	36
15	0	4	23	11	19	34	30	28	37	19	37	45	25	40
16	0	9	8	11	7	34	22	14	25	8	15	21	13	37
17	0	6	27	6	14	32	21	24	31	25	29	35	29	37
18	0	4	22	8	15	34	26	26	29	24	37	44	22	37
19	0	10	3	18	7	30	24	16	24	9	7	11	12	27
20	0	10	9	16	15	40	32	18	25	16	30	34	17	48
21	1	11	12	18	3	24	20	20	26	13	16	21	26	29
22	0	7	11	18	6	29	23	21	30	11	8	11	14	21
23	0	9	9	17	11	26	31	25	30	16	22	26	25	30
24	0	8	16	16	15	28	24	11	27	14	22	32	15	40
25	0	6	12	17	7	23	16	11	27	11	14	19	15	32
26	2	6	10	11	9	20	24	14	28	17	17	21	20	30
27	0	7	15	8	7	28	17	22	35	20	25	31	32	33
28	0	5	10	21	12	21	26	16	24	11	12	18	19	22
29	0	5	25	18	21	28	33	22	27	14	25	36	33	20
30	0	7	23	8	11	18	26	28	29	27	25	47	34	20
ΣX	3.0	221	411	436	293	806	679	604	840	431	582	767	648	929
\bar{X}	0.1	7.4	13.7	14.5	9.8	26.9	22.6	20.1	28.0	14.4	19.4	25.6	21.4	31.0
S	0.4	2.4	6.6	4.7	5.2	5.9	5.5	4.9	4.6	5.2	8.6	10.2	6.4	7.5

Con estos datos se obtuvo un perfil promedio para cada uno de los grupos (Fig. 3 y 4), y se realizó la interpretación dinámica de ambos.

- 3.- Se obtuvieron las desviaciones estándares de cada una de las escalas en ambos grupos (Fig. 1,2) por medio de la fórmula:

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

Estos datos se obtuvieron con el fin de determinar - la homogeneidad de los puntajes en cada escuela, ya - que mientras éste número se acerca más a 0 se habla de mayor homogeneidad y mientras más se aleja de 0 - se dice hay menor homogeneidad entre los puntajes.

- 4.- Se procedió a obtener las correlaciones de ambos grupos respecto a las escalas (Hs) Hipocondriasis (Fig. 5), (Hi) Histeria (Fig. 6) y (Es) Esquizofrenia (Fig. 7), ya que estas - son las escalas de interés para nuestra investigación.

Se utilizó la fórmula de Correlación Producto-Momento de Pearson:

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

ESCALA HIPOCONDRIACA 1 (Hs)
(Esquizofrenicas e Histéricas)

(Fig. 5)

SUJETO	ESQ.	HIST.			
No	X	Y	XY	X ²	Y ²
1	2	29	58	4	841
2	7	10	70	49	100
3	19	13	247	361	169
4	5	10	50	25	100
5	4	17	68	16	289
6	5	19	95	25	361
7	12	20	240	144	400
8	14	19	266	196	361
9	7	5	35	49	25
10	7	11	77	49	121
11	7	17	119	49	289
12	1	17	17	1	289
13	8	22	176	64	484
14	16	12	192	256	144
15	19	25	475	361	625
16	7	15	105	49	225
17	14	16	224	196	256
18	15	14	210	225	196
19	7	15	105	49	225
20	15	2	30	225	4
21	3	11	33	9	121
22	6	19	114	36	361
23	11	3	33	121	9
24	15	12	180	225	144
25	7	12	84	49	144
26	9	28	252	81	784
27	7	19	133	49	361
28	12	10	120	144	100
29	21	20	420	441	400
30	11	15	165	121	225
Σ	293	457	4393	3669	8153

$$30 \times 4393 - 293 \times 457$$

$$r = \frac{30 \times 4393 - 293 \times 457}{\sqrt{(30 \times 3669 - (293)^2)(30 \times 8153 - (457)^2)}}$$

$$r = -.071$$

ESCALA HISTERICA 3 (H1)
(Esquizofrenicas e Histéricas)

(Fig. 6)

SUJETO	ESQ.	HIST.			
No	X	Y	XY	X ²	Y ²
1	17	38	646	289	1444
2	23	27	621	529	729
3	24	27	648	576	729
4	22	24	528	484	576
5	19	33	627	361	1089
6	14	27	378	196	729
7	19	30	570	361	900
8	32	31	992	1024	961
9	17	17	289	289	289
10	22	21	462	484	441
11	14	31	434	196	961
12	14	21	294	196	441
13	23	29	667	529	841
14	24	22	528	576	484
15	30	41	1230	900	1681
16	22	27	594	484	729
17	21	17	357	441	289
18	26	24	624	676	576
19	24	30	720	576	900
20	32	12	384	1024	144
21	20	26	520	400	676
22	23	28	644	529	784
23	31	19	589	961	361
24	24	30	720	576	900
25	16	30	480	256	900
26	24	36	864	576	1296
27	17	27	459	289	729
28	26	23	598	676	529
29	33	29	957	1089	841
30	26	24	624	676	576
Σ	679	801	18048	16219	22525

$$30 \times 18048 - 679 \times 801$$

$$r = \frac{\sqrt{(30 \times 16219 - (679)^2)(30 \times 22525 - (801)^2)}}{\sqrt{(30 \times 16219 - (679)^2)(30 \times 22525 - (801)^2)}}$$

$$r = 0.082$$

(Esquizofrenicas e Histéricas)

SUJETO	ESQ.	HIST.			
No	X	Y	XY	X ²	Y ²
1	7	56	392	49	3136
2	11	49	539	121	2401
3	24	49	1176	576	2401
4	17	26	442	289	676
5	15	33	495	225	1089
6	25	33	825	625	1089
7	30	40	1200	900	1600
8	30	48	1440	900	2304
9	26	40	1040	676	1600
10	25	9	225	625	81
11	32	23	736	1024	529
12	14	39	546	196	1521
13	27	44	1188	729	1936
14	32	10	320	1024	100
15	45	47	2115	2025	2209
16	21	38	798	441	1444
17	35	30	1050	1225	900
18	44	22	968	1936	484
19	11	38	418	121	1444
20	34	9	306	1156	81
21	21	35	735	441	1225
22	11	32	352	121	1024
23	26	7	182	676	49
24	32	26	832	1024	676
25	19	18	342	361	324
26	21	57	1197	441	3249
27	31	52	1612	961	2704
28	18	22	396	324	484
29	36	32	1152	1296	1024
30	47	24	1128	2209	576
Σ	767	988	24147	22717	38360

$$r = \frac{30 \times 24147 - 767 \times 988}{\sqrt{(30 \times 22717 - (767)^2)(30 \times 38360 - (988)^2)}}$$

r = - 0.261

CALIFICACIONES " Z " (Fig. 8)

ESCALA		PROMEDIOS \bar{X}		DESVIACIONES		CALIF. Z	TOMA DE DECISION
		ESQ.	HIST.	STANDARD ESQ.	HIST.		
V	?	0.1	0.83	0.40	2.93	-1.35	Se Acepta Ho
A	L	7.37	5.8	2.44	2.82	2.30	Se Rechaza Ho
L	F	13.70	14.17	6.57	7.75	-0.25	Se Acepta Ho
I	K	14.53	10.33	4.72	4.34	3.58	Se Rechaza Ho
D	Hs 1	9.77	15.23	5.19	6.30	-3.66	Se Rechaza Ho
E	D 2	26.87	29.5	5.87	6.52	-1.64	Se Acepta Ho
Z	Hi 3	22.63	26.7	5.33	6.16	-2.73	Se Rechaza Ho
	Dp 4	20.13	23.73	4.88	6.32	-2.98	Se Rechaza Ho
	Mf 5	28	32.6	4.56	4.51	-3.92	Se Rechaza Ho
	Pa 6	14.37	16.33	5.19	5.47	-1.42	Se Acepta Ho
	Pt 7	19.40	25.7	8.59	10.70	-2.51	Se Rechaza Ho
	Es 8	25.57	32.93	10.18	13.93	-2.33	Se Rechaza Ho
	Ma 9	21.43	23.47	6.44	4.67	-1.40	Se Acepta Ho
	Si 0	30.97	36.63	7.51	10.18	-2.45	Se Rechaza Ho



2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chamley McKinley

Nombre HISTERICAS

(letra de molde)

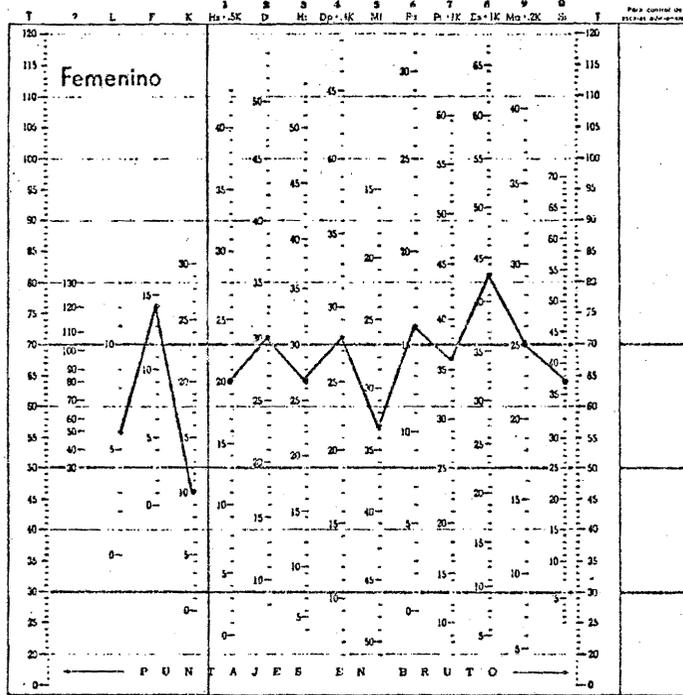
F
Femenino

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K			
K	S	A	T
30	15	12	6
25	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

- 112 -

Puntaje en bruto	23	54	19.7	14.3	15.33	27.5	26.7	22.7	22.6	16.33	25.7	22.93	22.97	31.43	---	---
Agregar factor K		5		9		9		10	10	2					---	---
Puntaje corregido	28.33			23.3		26.7		32.7	32.6	18.33	35.7	32.93	24.97	33.43	---	---



Firma _____ Fecha _____

Interpretación del Perfil Global de las Pacientes Históricas.

Este perfil está compuesto por las calificaciones promedio de 30 pacientes del sexo femenino, cuyas edades fluctúan entre 20 y 35 años y tienen como mínimo de escolaridad primaria.

Escalas de Validez.

Estas personas tienden a dar respuestas socialmente aceptadas en relación a valores morales pero internamente presentan una perturbación emocional que ocasiona que sean inestables, insatisfechas, rebeldes e inconformes, además de que poseen un concepto inadecuado de sí mismas.

Escalas Clínicas.

Son personas egocentristas, presentan irritabilidad hacia el mundo que les rodea. Tienden a presentar un concepto de sí mismas pobre, lo que les produce cierta angustia; son impulsivas y tienen la inclinación de culpar a la gente de sus propias dificultades sin embargo, dependen en gran medida de la opinión ya sea de aprobación o rechazo de los demás, por esto tratan de cuidar la imagen que proyectan de sí mismas.

Son personas inmaduras con poca capacidad de espera, si no obtienen la rápida satisfacción de sus deseos tienden a angustiarse lo que provoca que traten de solucionarlos por medio de la fantasía o de la manipulación del medio ambiente para lo cual emplean la energía que poseen.

MMPI

2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI-2 Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre ESQUIZOFRENICAS

(letra de molde)

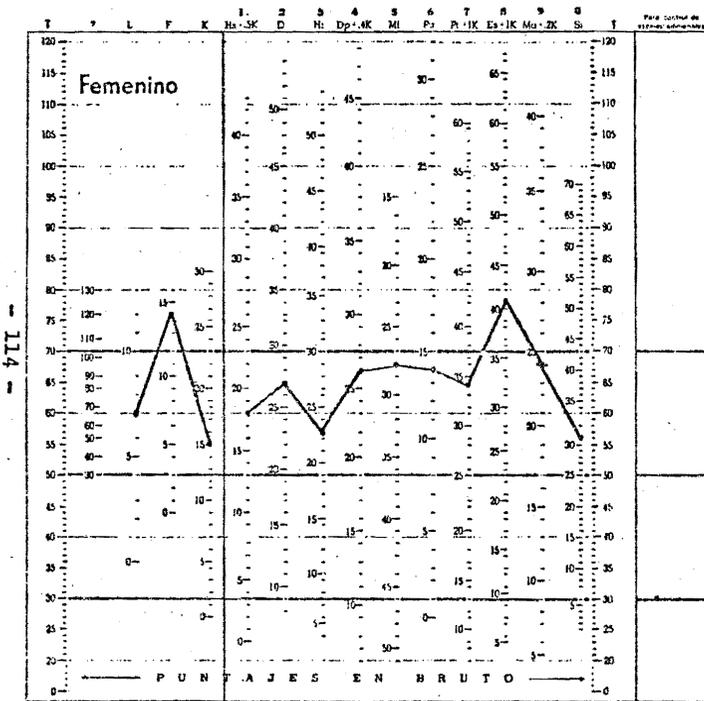
F
Femenino

Dirección _____

Ocupación _____ fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fracciones K			
K	S	A	T
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

Puntaje en Bruto

01	737	1370	1153	927	2687	2263	2143	28	1427	1230	2557	2143	3277

Puntaje corregido

117													
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Firma _____ Fecha _____

Interpretación del Perfil Global de las Pacientes Esquizofrénicas.

Este perfil esta compuesto por las calificaciones promedio de 20 pacientes del sexo femenino, cuyas edades fluctuan entre 20 y 35 años y tienen como mínimo de escolaridad primaria.

Escalas de Validez.

Son personas rígidas, pasivas e inseguras de sí mismas ya que su incapacidad de comprender sus propios problemas y su cuadro agudo de perturbación emocional las hace buscar la forma de defenderse de alguna manera de esa debilidad psicológica para aferrarse de alguna forma a la realidad.

Escalas Clínicas.

Son personas que poseen un concepto inadecuado de sí mismas, se aíslan, sus conflictos internos graves y su indadurez y pensamiento primitivo las hace adoptar una conducta extraña y peculiar además de hostilidad y agresividad hacia el medio externo. Durante sus episodios psicóticos suelen ser indecisas y sumamente exigentes. Tienen dificultad para relacionarse con las personas ya que se encuentran en un estado confusional es tan desorganizado que no se los permite. Son sumamente desconfiadas y encausan su energía hacia la agresividad cuando se les toca algún contenido ideacional que les despierte algún nucleo afectivo.

MM

2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

Nombre _____ (letra de molde)

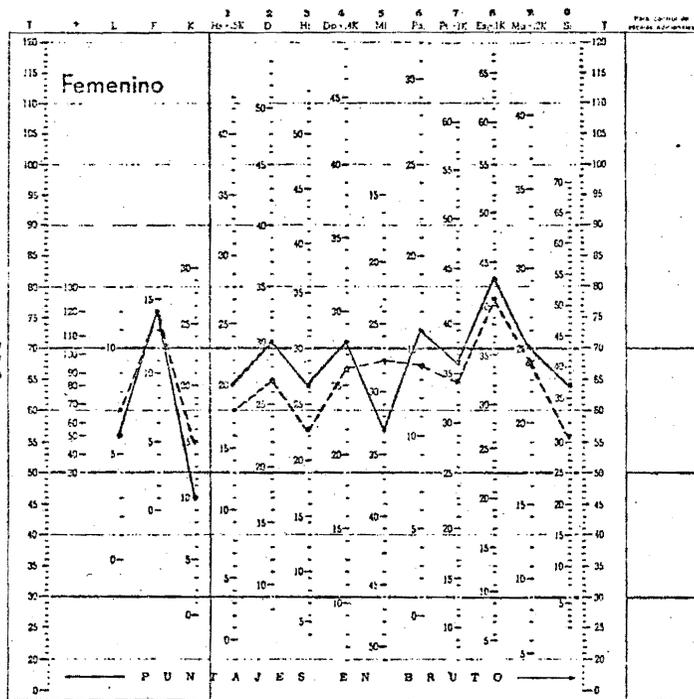
Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____

F
Femenino



116

Puntaje en bruto

Agregar factor K

Puntaje corregido

Fracciones K

K	3	4	9
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS

————— HISTERICAS

- - - - - ESQUIZOFRENICAS



Firma _____

Fecha _____

Con estos puntajes encontramos si hay relación o no entre los puntajes de los 2 grupos respecto a cada una de las 3 escalas. Sabiendo que cuando el puntaje obtenido, se acerca más a 0 se dice que hay poca Correlación, cuando es 0 no hay Correlación, cuando es + 1 ó -1 la correlación es perfecta positiva o negativamente.

5.- Se estableció la Toma de Decisiones (Fig. 8) planteando Hipótesis Nula e Hipótesis Alternativa para cada una de las escalas tanto de validez, como clínicas de la prueba.

Se utilizó la calificación Z debido al número de casos de la muestra.

$$Z = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_H}{\sqrt{\frac{S_E^2}{N_E} + \frac{S_H^2}{N_H}}}$$

Con estos datos establecimos que hipótesis fue aceptada y cual se rechaza en cada escala. (Fig. 8)

Se utilizó para el caso un nivel de significación de 0.05 debido al tamaño de la muestra.

Como nuestra decisión solo afirma si son iguales o diferentes las medias poblacionales de los dos grupos, se adopta la curva normal de dos colas, distribuyendo la zona de rechazo a partir de 0.025 para cada extremo y la zona de aceptación de -1.96 a 1.96 de acuerdo a las tablas ya establecidas para el nivel de significación de 0.05.

Así si el valor que se obtenga de Z se encuentra fue

ra del intervalo de -1.96 a $+1.96$ la prueba será significativa y por lo tanto se rechaza H_0 .

6.- Se obtuvieron los valores de t student para las escalas H_s , H_i y E_s por medio de un programa de cómputo sabiendo que para una t de 2 ó más se consideran diferencias significativas entre los puntajes de los dos tipos de pacientes en cada una de las escalas.

7.- Se realizó el Análisis de Regresión y Predicción -- por medio de la fórmula:

$$y = A_0 + A_1 x$$

con el fin de obtener la confiabilidad en las escalas H_s , H_i y E_s para discriminar entre los dos tipos de pacientes, utilizando los puntajes de las histéricas como (y) variable dependiente y los puntajes de las esquizofrénicas (x) como variable independiente.

Es - ESQUIZOFRENIA (78 Frases)
PREGUNTA

ESQUIZOFRENICAS%
CONTESTARON
SIGNIFICATIVAMENTE
SI NO
HISTERICAS%
CONTESTARON
SIGNIFICATIVAMENTE
SI NO

CIERTAS

15.-De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.....	26.6%	73.4%	50 %	50 %
16.-Estoy seguro de que la vida es cruel conmigo.....	30 %	70 %	53.3%	46.7%
21.-A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.....	36.6%	63.4%	83.3%	16.7%
22.-A veces me dan ataques de risa o de llanto que no puedo controlar.....	30 %	70 %	63.3%	36.7%
24.-Nadie parece comprenderme.....	30 %	70 %	33.3%	66.7%
32.-Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.....	30 %	70 %	50 %	50 %
33.-He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.....	55.6%	44.4%	63.3%	36.7%
35.-Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.....	43.3%	56.7%	26.6%	73.4%
38.-Por un tiempo cuando era más joven participé en pequeños robos.	30 %	70 %	26.6%	73.4%
40.-La mayor parte del tiempo preferiría soñar que hacer cualquier cosa.....	30 %	70 %	43.3%	56.7%
41.-He tenido períodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo.....	53.3%	46.7%	56.6%	44.4%
47.-Una vez a la semana o más a menudo, me sienten				

	to repentinamente ca- liente en todo el - cuerpo sin causa apa- rente.....	30 %	70 %	40 %	60 %
52.-	Prefiero hacerme el - desentendido con ami- gos de la escuela, o - con personas conoci - das a quienes no he - visto hace mucho tiem- po a menos que ellos- me hablen primero....	40 %	60 %	56.6%	44.4%
76.-	La mayor parte del - tiempo me siento tris- te.....	33.3%	66.7%	60 %	40 %
97.-	A veces siento un - fuerte impulso de ha- cer algo dañino o es- candaloso.....	10 %	90 %	40 %	60 %
104.-	No parece importarme- lo que me pase.....	10 %	90 %	43 %	56.7%
121.-	Creo que estan conspi- rando contra mi.....	26.6%	73.4%	33.3%	66.7%
156.-	He tenido epocas du- rante las cuales he - hecho cosas que luego no he recordado haber hecho.....	50 %	50 %	50 %	50 %
157.-	Creo que frecuentemen- te he sido castigado- sin motivo.....	30 %	70 %	50 %	50 %
159.-	No puedo entender lo- que leo también como- lo hacia antes.....	30 %	70 %	60 %	40 %
168.-	Mi mente no esta muy- bien.....	50 %	50 %	60 %	40 %
179.-	Me preocupan las cues- tiones sexuales.....	53.3%	46.7%	66.6%	33.4%
182.-	Tengo miedo de perder el juicio.....	53.3%	46.7%	63.3%	36.7%
194.-	He tenido ataques - durante los cuales no podía controlar mis - movimientos o el ha- bla pero me daba cuen- ta de lo que ocurría- a mi alrededor.....	33.3%	66.7%	56.6%	44.4%

202.-Creo que estoy condenado o que no tengo salvación.....	10 %	90%	23.3%	76.7%
210.-Todo me sabe igual.....	16.6%	83.4%	26.6%	73.4%
212.-Mi familia me trata más como niño que como adulto.....	50 %	50 %	50 %	50 %
238.-Tengo períodos de tanta intraquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.....	53.3%	46.7%	63.3%	36.7%
241.-Sueño frecuentemente acerca de cosas que es mejor mantenerlas en secreto.....	43.3%	56.7%	50 %	50 %
251.-He tenido trances en los cuales mis actividades quedaron interrumpidas y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.....	70 %	30 %	63.3%	36.7%
259.-Me resulta difícil el empezar a hacer cualquier cosa.....	26.6%	73.4%	33.3%	66.7%
266.-Una vez a la semana o más frecuentemente me pongo muy excitado.....	46.6%	53.4%	53.3%	46.7%
273.-Tengo adormecidas una o varias partes de la piel.....	6.6%	93.4%	30 %	70 %
282.-De vez en cuando siento odio hacia miembros de mi familia a los que usualmente quiero.....	26.6%	73.4%	43 %	57 %
291.-Una vez o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas hipnótizándome...	26.6%	73.4%	10 %	90 %
297.-Quisiera no ser perturbado por pensamientos sexuales.....	60 %	40 %	56.6%	44.4%
301.-Vivo la vida en tensión la mayor parte del tiempo.....	56.6%	44.4%	63.3%	36.7%
303.-Soy tan sensible acerca de algunos asuntos que-				

	ni siquiera puedo hablar de ellos.....	63.3%	36.7%	70 %	30 %
305.	-Aun cuando este acompañado me siento solo la mayor parte del tiempo.	43.3%	56.7%	56.6%	44.4%
307.	-No participo en algunos juegos porque no los se jugar bien.....	83.3%	16.7%	73.3%	26.7%
312.	-No me gusta tener gente alrededor.....	23.3%	76.7%	53.3%	46.7%
320.	-Muchos de mis sueños son acerca de asuntos sexuales.....	20 %	80 %	20 %	80 %
324.	-Nunca he estado enamorado de nadie.....	10 %	90 %	23.3%	76.7%
325.	-Ciertas cosas que han hecho algunos de mis familiares me han asustado.....	33.3%	66.7%	56.6%	44.4%
332.	-Algunas veces pierdo o me cambia la voz, aunque no este resfriado.	50 %	50 %	33.3%	66.7%
334.	-A veces percibo olores raros.....	40 %	60 %	40 %	60 %
335.	-No me puedo concentrar en una sola cosa.....	30 %	70 %	43.3%	56.7%
339.	-La mayor parte del tiempo desearía estar muerto.....	16.6%	83.4%	30 %	70 %
341.	-A veces oigo tambien que me molesta.....	36.6%	63.4%	53.3%	46.7%
345.	-Muchas veces siento como si las cosas no fueran reales.....	43.3%	56.7%	56.6%	44.4%
349.	-Tengo pensamientos extraños y peculiares...	30 %	70 %	46.6%	53.4%
350.	-Oigo cosas extrañas cuando estoy solo.....	30 %	70 %	20 %	80 %
352.	-He tenido miedo a cosas y a personas que sabia que no me podían hacer daño.....	26.6%	73.4%	30 %	70%
354.	-Tengo miedo de usar un cuchillo o cualquier otra cosa muy afilada o puntiaguda.....	53.3%	46.7%	33.3%	66.7%
355.	-Algunas veces me gusta herir a las personas -				

-que quiero.....	10 %	90 %	43.3%	56.7%
356.-Tengo más dificultad pa ra concentrarme que la que parece que tienen - los demás.....	50 %	50 %	43.3%	56.7%
360.-Casi todos los días su cede algo que me asusta	13.3%	86.7%	16.6%	83.4%
363.-A veces he sentido pla cer cuando un ser queri do me ha lastimado.....	20 %	80 %	10 %	90 %
364.-La gente dice cosas in sultantes y vulgares a cerca de mi.....	36.6%	63.4%	40 %	60 %

FALSAS

8.-Mi vida diaria esta lle na de cosas que me man tienen interesado.....	36.6%	63.4%	40 %	60 %
17.-Mi padre fue un buen - hombre.....	13.3%	86.7%	23.3%	76.7%
20.-Mi vida sexual es satig factoria.....	36.6%	63.4%	50 %	50 %
37.- Nunca me he visto en - dificultades a causa - de mi conducta sexual.	30 %	70 %	50 %	50 %
65.-Yo quise a mi padre....	10%	90 %	16.6%	83.4%
103.-Tengo poca o ninguna di ficultad con espasmos o contracciones muscula - res.....	13.3%	86.7%	10 %	90 %
119.-Mi manera de hablar es como ha sido siempre (ni más ligero ni más despa cio, ni balbuciante; ni ronca).....	26.6%	73.4%	23.3%	76.7%
177.-Mi madre fue una buena mujer.....	10 %	90 %	3.3%	96.7%
178.-Mi memoria parece ser - buena.....	13.3%	86.7%	16.6%	83.4%
187.-Nunca se me han puesto las manos torpes o poco háviles.....	36.6%	63.4%	70 %	30 %
192.-No he tenido dificultad en mantener el equili - brio cuando camino.....	16.6%	83.4%	33.3%	66.7%
196.-Me gusta visitar luga res donde nunca he esta do.....	3.3%	96.7%	6.6%	93.4%

220.-Yo quise a mi madre....	3.3%	96.7%	3.3%	96.7%
276.-Me gustan los niños....	3.3%	96.7%	10 %	90 %
281.-Casi nunca noto que me- zumban o chillan los <u>oi</u> dos.....	23.3%	76.7%	56.6%	44.4%
306.-Recibo toda la simpatía que debo recibir.....	40 %	60 %	23.3%	76.7%
309.-Creo que hago amistades tan fácilmente como los demás.....	40 %	60 %	30 %	70 %
322.-El dinero y los nego - cios me preocupan.....	56.6%	44.4%	30 %	70 %
330.-Nunca he estado parali- zado o he tenido una ra- ra debilidad en alguno- de mis musculos.....	36.6%	63.4%	46.6%	53.4%

Hi - HISTERIA (60 Frases)

PREGUNTA	ESQUIZOFRENICAS%		HISTERICAS%	
	CONTESTARON		CONTESTARON	
	SI	NO	SI	NO
CIERTAS				
10.-Casi siempre me parece que tengo un nudo en la garganta.....	26.6%	73.4%	36.6%	63.4%
23.-Sufro de ataques de nausea y de vómito....	20 %	80 %	33.3%	66.7%
32.-Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.....	30 %	70 %	56.6%	44.4%
43.-Mi sueño es irregular e intranquilo.....	26.6%	73.4%	50 %	50 %
44.-La mayor parte del tiempo parece dolerme toda la cabeza.....	20 %	80 %	30 %	70 %
47.-Una vez a la semana o más a menudo, me siento repentinamente caliente en todo el cuerpo sin causa aparente.	30 %	70 %	43.3%	56.7%
76.-La mayor parte del tiempo me siento triste.....	33.3%	66.7%	66.6%	33.4%
114.-A menudo siento como si tuviera una banda apretándome la cabeza..	20 %	80 %	30 %	70 %
179.-Me preocupan las cuestiones sexuales.....	53.3%	46.7%	70 %	30 %
186.-Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.....	30 %	70 %	56.6%	44.4%
189.-Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.....	40 %	60 %	60 %	40 %
238.-Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.....	53.3%	46.7%	60 %	40 %
253.-Puedo ser amistoso con personas que hacen cosas que considero incorrectas.....	46.6%	53.4%	50 %	50 %

FALSAS

2.-Tengo buen apetito.....	30 %	70 %	30 %	70 %
3.-Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas.....	40 %	60 %	46.6%	53.4%
6.-Me gusta leer artículos sobre crímenes en los periódicos.....	73.3%	26.7%	53.3%	46.7%
7.-Por lo general mis manos y mis pies están <u>su</u> ficientemente calientes	43.3%	56.7%	53.3%	46.7%
8.-Mi vida diaria está <u>lle</u> na de cosas que me <u>man</u> tienen interesado.....	36.6%	63.4%	43.3%	56.7%
9.-Estoy tan capacitado <u>pa</u> ra trabajar ahora como siempre lo he estado...	20 %	80 %	46.6%	53.4%
12.-Me gustan los cuentos <u>-</u> detectivescos o de <u>mis</u> terio.....	43.3%	56.7%	30 %	70 %
26.-Creo que es mucho mejor quedarse callado cuando estoy en dificultades..	10 %	90 %	23.3%	76.7%
30.-A veces siento deseos <u>-</u> de maldecir.....	63.3%	36.7%	40 %	60 %
51.-Me encuentro tan <u>saluda</u> ble como la mayor parte de mis amigos.....	33.3%	66.7%	50 %	50 %
55.-Casi nunca he sentido <u>-</u> dolores sobre el <u>cora</u> -zón o en el pecho.....	40 %	60%	60 %	40 %
71.-Creo que mucha gente <u>e</u> xagera sus desdichas <u>pa</u> ra que se <u>condue</u> len de ellos y les ayuden.....	43.3%	56.7%	26.6%	73.4%
89.-Se necesita discutir <u>mu</u> cho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad.....	46.6%	53.4%	13.3%	86.7%
93.-Creo que la mayoría de la gente mentiría para ir adelante.....	66.6%	33.4%	50 %	50 %
103.-Tengo poca o ninguna <u>di</u> ficultad con espasmos o <u>contra</u> cciones muscula-res.....	13.3%	86.7%	40 %	60 %

107.-Casi siempre soy feliz.	50 %	50 %	46.6%	53.4%
109.-Algunas personas son -- tan dominantes que sien- to el deseo de hacer lo contrario de lo que me- piden, aunque sepa que- tienen razón.....	73.3%	26.7%	30 %	70 %
124.-La mayor parte de la - gente se vale de medios algo injustos para obte- ner beneficios o venta- jas antes que perderlos	26.6%	73.4%	10 %	90 %
128.-El ver sangre no me - asusta ni me enferma...	30 %	70 %	53.3%	46.7%
129.-A menudo no puedo com- prender por qué he esta- do tan irritable y mal- humorado.....	60 %	40 %	43.3%	56.7%
136.-Generalmente pienso que segunda intención pueda tener otra persona cuan- do me hace un favor....	43.3%	56.7%	53.3%	46.7%
137.-Creo que mi vida de ho- gar es tan agradable co- mo la de la mayor parte de la gente que conozco	20 %	80 %	36.6%	63.4%
141.-Mi conducta está contro- lada mayormente por las costumbres de los que - me rodean.....	40 %	60 %	46.6%	53.4%
147.-Muchas veces he perdido una oportunidad porque no he podido decidirme- a tiempo.....	30 %	70 %	16.6%	83.4%
153.-Durante los últimos a- ños he gozado de salud- la mayor parte del tiem- po.....	30 %	70%	63.3%	36.7%
160.-Nunca me he sentido me- jor que ahora.....	40 %	60 %	40 %	60 %
162.-Me mortifica que una - persona me tome el pelo tan habilmente que ten- ga que admitir que me - engañaron.....	30 %	70.%	23.3%	76.7%
163.-No me canso con facili- dad.....	30 %	70 %	63.3%	36.7%

170.-No me preocupa lo que otros piensen de mi.....	23.3%	76.7%	20 %	80 %
172.-Frecuentemente tengo - que esforzarme para no demostrar que soy tímido.....	60 %	40 %	46.6%	53.4%
174.-Nunca me he desmayado..	36.6%	63.4%	46.6%	53.4%
175.-Rara vez o nunca he tenido mareos.....	30 %	70 %	63.3%	36.7%
180.-Encuentro difícil entablar conversación con - alguien que conozco por primera vez.....	73.3%	26.7%	93.3%	.7%
188.-Puedo leer por un largo rato sin que se me cansen los ojos.....	40 %	60 %	46.6%	53.4%
190.-Muy pocas veces me duele la cabeza.....	23.3%	76.7%	36.6%	63.4%
192.-No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.....	16.6%	83.4%	33.3%	66.7%
201.-Desearía no ser tan tímido.....	40 %	60 %	46.6%	53.4%
213.-Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las líneas de las aceras.....	50 %	50 %	73.3%	26.7%
230.-Raras veces noto los latidos de mi corazón, y muy pocas veces me siento corto de respiración	33.3%	66.7%	46.6%	53.4%
234.-Me molesto con facilidad, pero se me pasa pronto.....	30 %	70 %	23.3%	76.7%
243.-Sufro de pocos o de ninguna clase de dolor....	10 %	90 %	43.3%	56.7%
265.-Es más seguro no confiar en nadie.....	36.6%	63.4%	33.3%	66.7%
267.-Cuando estoy en un grupo de gente tengo dificultad pensando las cosas apropiadas de que hablar.....	56.6%	43.4%	46.6%	53.4%
274.-Mi vista esta tan buena ahora como la ha estado por años.....	33.3%	66.7%	43.3%	56.7%

279.-Todos los dias tomo una cantidad extraordinaria de agua.....	46.6%	53.4%	60 %	40 %
289.-Siempre me disgusto con la ley cuando se pone en libertad a un criminal debido a los argumentos de un abogado astuto.....	40 %	60 %	26.6%	73.4%
292.-Por lo general no le hablo a la gente hasta que ellos no me hablan a mi.....	46.6%	53.4%	50 %	50 %

He - HIPOCONDRIASIS
PREGUNTA

(33 Frases)

ESQUIZOPRENICAS%
CONTESTARON
SIGNIFICATIVAMENTE
SI NO SI NO

HISTERICAS%
CONTESTARON
SIGNIFICATIVAMENTE
SI NO

CIERTAS

23.-Sufro de ataques de nau sea y vómito.....	20 %	80%	30 %	70 %
29.-Padezco de acidez estomacal varias veces a la semana.....	33.3%	66.7%	40 %	60 %
43.-Mi sueño es irregular e intranquilo.....	26.6%	73.4%	56.6%	43.4%
62.-Con frecuencia siento - como un ardor, punzadas hormigueo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo.....	50 %	50 %	70 %	30 %
72.-Sufro de malestares en la boca del estómago varias veces a la semana o más frecuentemente...	20 %	80 %	36.6%	63.4%
108.-Parece que mi cabeza o mi nariz estan congestionadas la mayor parte del tiempo.....	40 %	60 %	46.6%	53.4%
114.-A menudo siento como si tuviera una banda apretándome la cabeza.....	20 %	80 %	30 %	70 %
125.-Sufro mucho de trastornos estomacales.....	26.6%	73.4%	26.5%	73.4%
161.-A veces siento adolorida la parte superior de la cabeza.....	40 %	60%	43.3%	56.7%
189.-Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.....	40 %	60 %	60 %	40 %
273.-Tengo adormecidas una o varias partes de la piel	6.6%	93.4%	33.3%	66.7%

FALSAS

2.- Tengo buen apetito.....	30 %	70 %	30 %	70 %
3.- Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas.....	36.6%	63.4%	46.6%	53.4%
7.-Por lo general mis manos y pies están suficientemente calientes.....	43.3%	56.7%	53.3%	46.7%
9.-Estoy tan capacitado pa-				

ra trabajar ahora como- siempre lo he estado...	20 %	80 %	46.6%	53.4%
18.-Muy raras veces sufro - de estreñimiento.....	36.6	63.4%	40 %	60 %
51.-Me encuentro tan saluda ble como la mayor parte de mis amigos.....	33.3%	66.7%	53.3%	46.7%
55.-Casi nunca he sentido - dolores sobre el cora - zón o en el pecho.....	40 %	60 %	56.6%	43.4%
63.-No he tenido dificultad en comenzar o detener - el acto de defecación..	16.6%	83.4%	43.3%	56.7%
68.-Muy raras veces siento dolor en la nuca.....	40 %	60 %	40 %	60 %
103.-Tengo poca o ninguna - dificultad con espas - mos o contracciones - musculares.....	13.3%	86.7%	43.3%	56.7%
130.-Nunca he vomitado o es cupido sangre.....	30 %	70 %	23.3%	76.7%
153.-Durante los últimos a ños he gozado de salud la mayor parte del - tiempo.....	30 %	70 %	63.3%	36.7%
155.-No estoy perdiendo ni ganando peso.....	46.6%	53.4%	73.3%	26.7%
163.-No me canso con facili dad.....	30 %	70 %	63.3%	36.7%
175.-Rara vez o nunca he te nido mareos.....	30 %	70%	63.3%	36.7%
188.-Puedo leer por un lar go rato sin que se me cansen los ojos.....	40 %	60 %	50 %	50 %
190.-Muy pocas veces me due le la cabeza.....	23.3%	76.7%	40 %	60 %
192.-No he tenido dificul - tad en mantener el e - quilibrio.....	16.6%	83.4%	33.3%	66.7%
230.-Raras veces noto los - latidos de mi corazón- y muy pocas veces me - siento corto de respi ración.....	33.3%	66.7%	43.3%	56.7%
243.-Sufro de pocos o ningun a clase de dolor.....	10 %	90 %	46.5%	53.4%

274.-Mi vista esta tan buena ahora como lo ha estado por años.....	33.3%	66.7%	43.3%	56.7%
281.-Casi nunca noto que me zumban o chillan los oidos.....	23.3%	76.7%	56.6%	43.4%

REPORTE DE RESULTADOS

REPORTE DE RESULTADOS

RESULTADOS CUANTITATIVOS

Hipótesis de trabajo.

H_1 : La prueba si discrimina cuantitativamente entre pacientes histéricas y pacientes esquizofrénicas en las escalas Hs, Hi y Es.

H_2 : La prueba no discrimina cuantitativamente entre pacientes histéricas y pacientes esquizofrénicas en las escalas Hs, Hi y Es.

Resultados

- 1.- Las correlaciones obtenidas en las escalas Hs, Hi y Es - entre los puntajes de las pacientes histéricas y esquizofrénicas nos indican que en las tres escalas no hay relación en tre unos y otros dado que los tres son menores a 0.65.
- 2.- En la toma de decisiones se observó lo siguiente:
 - 2.1 - En la escala ? las medias muestrales de ambos grupos son iguales.
 - 2.2 - En la escala L las medias muestrales son diferentes
 - 2.3 - En la escala F las medias muestrales son iguales
 - 2.4 - En la escala K las medias muestrales son diferentes
 - 2.5 - En la escala D las medias muestrales son iguales
 - 2.6 - En la escala Dp las medias muestrales son diferentes
 - 2.7 - En la escala Mf las medias muestrales son diferentes
 - 2.8 - En la escala Pt las medias muestrales son diferentes

- 2.9 - En la escala Pa las medias muestrales son iguales
- 2.10- En la escala Ma las medias muestrales son iguales
- 2.11- En la escala Si las medias muestrales son diferentes.

Lo que significa que si son iguales, la prueba no discrimina en esas escalas entre los dos tipos de pacientes.

Si son diferentes la prueba si discrimina entre los dos tipos de pacientes.

2.12- En la escala Hs las medias muestrales son diferentes, lo que significa que si discrimina la prueba en esta escala entre los dos grupos de pacientes, siendo bastante significativa la diferencia obtenida por medio de un valor $t = 3.61$

2.13- En la escala Hi las medias muestrales son diferentes lo que significa que si discrimina entre los dos tipos de pacientes la prueba en ésta escala por de una forma menos significativa ya que la puntuación $t = -1.70$

2.14- En la escala Es las medias muestrales son diferentes lo que nos representa que si hay discriminación en esta escala entre los dos grupos de pacientes en una forma bastante considerable ya que la calificación obtenida es $t = 2.30$

Al observar los puntajes obtenidos en las escalas Hs, Hi y Es concluimos que la prueba si discrimina cuantitativamente entre los dos tipos de pacientes, siendo la escala Hs la que mayor diferencia representa y la escala Hi la que establece menos diferencias entre ambos.

3.- En el análisis de regresión y predicción se observó lo siguiente:

3.1 - Escala Hs: $y = 19.29 - 0.32x$

3.2 - Escala Hi: $y = 28.86 - 0.10x$

3.3 - Escala Es: $y = 42.09 - 0.36x$

Estos valores (-0.32 , -0.10 y -0.36) nos indican que hay muy poca o ninguna confiabilidad de predicción en relación a que los dos tipos de pacientes obtengan puntajes semejantes en la misma escala. Lo que reafirma lo antes mencionado respecto a que la prueba si discrimina cuantitativamente entre los dos tipos de pacientes en relación a estas tres escalas.

4.- En la comparación clínica de los perfiles globales promedio se encontraron diferencias aunque no muy significativas.

De acuerdo a todo lo anterior aceptamos la hipótesis H_1 .

H_1 : La prueba si discrimina cuantitativamente entre pacientes histéricas y pacientes esquizofrénicas en las escalas Hs, Hi y Es.

RESULTADOS CUALITATIVOS

Hipótesis de trabajo.

H_1 : La prueba si discrimina cualitativamente entre pacientes histéricas y pacientes esquizofrénicas en las escalas Hs, Hi y Es.

H_2 : La prueba no discrimina cualitativamente entre pacientes histéricas y pacientes esquizofrénicas en las escalas Hs, Hi y Es.

Resultados.

En el análisis cualitativo de los ítems de las escalas Hs, Hi y Es se encontró lo siguiente.

Escala Hs

En esta escala únicamente en el ítem 130 se encontró -- que las esquizofrénicas contestaron más significativamente -- que las históricas.

En los 32 ítems restantes, contestaron 3 ítems igual y 29 ítems más significativamente las históricas.

Escala Hi

En esta escala en los ítems 6, 12, 30, 71, 89, 93, 107, 109, 124, 129, 147, 162, 170, 172, 234, 265, 267 y 289 las -- pacientes esquizofrénicas contestaron más significativamente

En los 42 ítems restantes, dos ítems fueron contestados indistintamente por los dos tipos de pacientes y 40 fueron -- contestados más significativamente por las pacientes históricas.

Escala Es

En ésta escala se encontró en los ítems 35, 38, 251, -- 291, 297, 307, 332, 350, 354, 356, 363, 103, 119, 177, 306, -- 309 y 322 un mayor número de respuestas significativas en -- las pacientes esquizofrénicas.

En el resto de los ítems 5 fueron contestados indistintamente por los dos tipos de pacientes y 56 fueron contestados más significativamente por las pacientes históricas.

De acuerdo a lo anterior aceptamos la hipótesis H_1

H_1 : La prueba si discrimina cualitativamente entre pacientes históricas y pacientes esquizofrénicas en las escalas Hs,

Hi y Es.

Cabe aclarar que en el caso de la escala Es la hipótesis aceptada se cumple pero en forma inversa pues las pacientes histéricas son las que contestan más significativamente la mayor parte de los items de esta escala.

Debido a todo lo anterior se acepta la hipótesis general:

H_1 : La prueba M.M.P.I discrimina en forma cuantitativa y cualitativa entre pacientes histéricas y pacientes esquizofrénicas en las escalas Hs, Hi y Es.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Uniendo nuestra experiencia a los resultados obtenidos en la realización de esta investigación concluimos en forma general que la prueba si discrimina en forma cuantitativa - entre los dos tipos de pacientes en las escalas Hs, Hi y Es en forma significativa, conjuntamente con las escalas ?, I, K, Dp, Mf, Pt, y Si; no sucediendo lo mismo con las escalas F, D, Pa y Ma en donde los resultados obtenidos demuestran que no hay diferencias discriminativas entre los dos grupos.

Al hacer la interpretación clínica de los perfiles globales promedio de cada grupo encontramos diferencias no muy significativas debido a la presencia de algunos perfiles - que consideramos no corresponden a histeria pura, sino más bien a casos mixtos, pseudoneuróticos o con tendencias psicopáticas, pero que fueron tomados igualmente en cuenta ya que presentaban el diagnóstico psiquiátrico de Histeria o, en su caso Esquizofrenia, el cual tomamos como base para -- nuestra investigación.

En el análisis cualitativo encontramos también diferencias que discriminan entre las histéricas y las esquizofrénicas, de acuerdo a los items de cada escala, sin embargo -- se corrobora nuestro planteamiento inicial con respecto a -- la elevación que presentan las histéricas en la escala Es, -- ya que confirman con este análisis que la mayor parte de -- los items de esta escala fueron contestados más significati -- vamente por las pacientes histéricas; aunque ahora ya cono -- cemos cuales items provocan la elevación de esta escala en --

este tipo de pacientes.

Consideramos que para el psicólogo clínico es importante analizar cuidadosamente la elevación de la escala Es en pacientes con sintomatología histérica como una representación de la fantasía de su pensamiento y no como características esquizoides.

También es importante hacer notar la necesidad de conjuntar el diagnóstico psiquiátrico con el del psicólogo clínico para determinar entre ambos un diagnóstico más acertado y así poder ayudar más efectivamente al paciente.

Recomendaciones.

Tomando en cuenta que nuestra investigación se realizó con mujeres recomendaríamos hacer una similar con pacientes del sexo masculino para comparar resultados.

Sería también interesante que se realizara una investigación semejante con una población mucho mayor para poder determinar más confiablemente si algunos de los items que se encuentran en la escala Es debieran corresponder a la escala Hi.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Blum Gerald S.

TEORIAS PSICOANALITICAS DE LA PERSONALIDAD

Ed. Paidós, Buenos Aires 1966.

Anastasi Anne.

LOS TESTS PSICOLOGICOS

Ed. Aguilar, México 1966.

Freud Sigmund.

NEUROSIS Y PSICOSIS

Obras Completas Vol. II

Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1968.

Minkowski. M.

LA ESQUIZOPRENIA

Buenos Aires, Paidós 1960.

Esquivel Ancona Ma. Fayne.

ESTUDIO COMPARATIVO DE 8 RASGOS DE PERSONALIDAD MEDIDOS A TRAVES DE LA PRUEBA PERFIL E INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE LEONARD V. GORDON ENTRE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE LA UNAM.

Tesis 1971

Romero Merino Ma Lilia

LA ESQUIZOPRENIA dos ensayos

Tesis 1975

Bautista Santiago Ma. de la Luz.

ESTUDIO COMPARATIVO A TRAVES DEL MMPI DE UNA POBLACION
ACTIVA Y UNA DESERTORA EN UN INTERNADO MILITARIZADO DEL AÑO
LECTIVO 1974- 1975

Tesis 1975

Hathaway S. R.

Mc Kinley J. C.

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MMPI. ESPAÑOL
El Manual Moderno S.A. México D.F. 1967.

Núñez Rafael

APLICACION DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD
MMPI A LA PSICOPATOLOGIA
El Manual Moderno, México 1968.

Freud Anna

EL YO Y LOS MECANISMOS DE DEFENSA
Biblioteca del Hombre Contemporaneo 1973.

Izaguirre Hernández C.

NORMAS DE CALIFICACIONES DEL MMPI EN ADOLESCENTES DE LA ENP
DE LA UNAM

Tesis 1970

Casabal Morales Consuelo

ESTUDIO DE CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD UTILIZANDO EL
MMPI EN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE LA GENERACION 1973 DE
LA FACULTAD DE PSICOLOGIA

Tesis 1974

Pichot Pierre

LOS TESTS MENTALES

Biblioteca del Hombre Contemporaneo, Ed. Paidós 1973

Stack Sullivan Harry

LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA

Ed. Psique Buenos Aires, 1971

Fenichel Otto

TEORIA PSICOANALITICA DE LAS NEUROSIS

Biblioteca de Psicología Profunda, Ed. Paidós 1976

Ey Henri

P. Bernard

Ch. Brisset

TRATADO DE PSIQUIATRIA

Ed. Toray-Masson, S.A. Barcelona 1969

Siegel Sidney

ESTADISTICA NO PARAMETRICA

Ed. Trillas, México 1976

Noyes y Kolb

PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA

4a. Edición en español traducida de la 7a. en inglés

Ed. Tournier S.A. 1973

Garrett Henry

ESTADISTICA APLICADA A LA PSICOLOGIA Y EDUCACION

Ed. Paidós 1975

Hope

ESTADISTICA AVANZADA APLICADA A LAS CIENCIAS DE LA CONDUCTA

Ed. Trillas, 1975

Cabe hacer notar la valiosa co
laboración brindada para la -
realización de esta Tesis al -
Sanatorio Floresta. En espe --
cial al Dr. Rafael Foulloux y_
al Dr. Héctor Lara Tapia.