

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA



ESTUDIO DE ALGUNOS ELEMENTOS
DE PRONOSTICO EN PSICOTERAPIA
EN FUNCION DE
DIFERENTES PATOLOGIAS.

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
MARIA MIREYA BLANCAS RUIZ
DALEL CUEVAS PEREZ
MARIA GUADALUPE RUIZ DE CHAVEZ MEDINA



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.

Z5053.08
UNAM.112
1984
ef. 2

M. - 20272
tps. 1190a

AGRADECEMOS

A la Dra. Emilia Lucio
por su valiosa asesoría
para la realización de
esta Tesis.

Al Ing. José Cortés S.
por su valiosa asesoría
en el proceso estadístico.

Al Dr. Ramón de la Fuente M.
por permitirnos realizar es-
ta investigación en el Departa
tamento a su cargo.

Y a todas aquellas perso-
nas que de una u otra forma
nos ayudaron y estimu-
laron para alcanzar esta
meta.

I N D I C E

	Pag.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS.....	3
1.1 Salud y Enfermedad.....	4
1.2 Importancia de los Centros de Salud Mental...	14
1.3 Psicoterapia.....	25
1.4 Clasificación diagnóstica de la O.M.S.....	61
1.5 Algunos elementos en la relación terapéutica.	70
1.6 Investigaciones.....	103
CAPITULO II METODO.....	140
2.1 Planteamiento del problema.....	140
2.2 Variables.....	144
2.3 Procedimiento.....	146
2.4 Selección de la muestra.....	148
2.5 Descripción de instrumentos.....	148
2.6 Descripción de variables.....	150
2.7 Tipo de investigación.....	196
2.8 Diseño Estadístico.....	197
CAPITULO III RESULTADOS.....	205
CAPITULO IV CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	232
CAPITULO V RESUMEN.....	240
APENDICE MEMORIA DE CALCULO.....	243
GRAFICAS	
BIBLIOGRAFIA	

INTRODUCCION

Se han realizado muy pocas investigaciones con el objeto de pronosticar la permanencia en psicoterapia de los pacientes ambulatorios tomando en consideración la prueba del MMPI.

En las pocas investigaciones realizadas se han encontrado que existe una cierta relación entre la elevación de las escalas 2, 7 y 0 del MMPI con la permanencia en psicoterapia.

Una de las investigaciones se llevó a cabo en la UNAM y nos sirvió de base para adentrarnos en el presente estudio.

No quisimos reproducir alguna de las investigaciones sino incorporar otras variables para buscar nuevas respuestas que tal vez nos dieran otros caminos para posteriores trabajos.

Nuestra muestra consistió de 237 pacientes que recibieron terapia en el Centro de Salud Mental. Todos ellos miembros de la Comunidad Universitaria.

El tratamiento estadístico consistió en dos etapas: Análisis de Varianza y Regresión Múltiple.

Las conclusiones a las que llegamos aunque son válidas únicamente para el Centro en el que realizamos este trabajo, es posible reproducir el mismo en otros lugares similares, con pacientes ambulatorios de cualquier tipo.

Esta investigación arrojó datos muy valiosos en diferentes aspectos, que pueden ofrecer nuevas vías a investigaciones posteriores; sin embargo, nos limitamos al pronóstico de permanencia en psicoterapia, lo que era nuestro objetivo inicial.

CAPITULO I
ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

INTRODUCCION.

Con el propósito de sustentar teóricamente la investigación se recurrió a diferentes fuentes bibliográficas de las que se obtuvo un cúmulo de información, que para un mejor manejo dentro de este trabajo se reordenó en base a criterios personales.

Primeramente se aborda el problema Salud-Enfermedad, dado que es necesario tener un concepto claro de estos términos.

Además se menciona la importancia de los Centros de Salud Mental, ya que este estudio fué realizado en uno de éstos. Y, porque dichos Centros abren un campo para el tratamiento psicológico a una población que requiere y reconoce la imperiosa necesidad de recibir ayuda.

Un tópico primordial a tratar dentro de esta tesis es la Psicoterapia. Se hace una exposición de sus diversos abordajes, su dinámica y sus resortes.

También se menciona la clasificación diagnóstica de la O.M.S., ya que ésta unifica criterios.

1.1 SALUD Y ENFERMEDAD.

La definición de Salud y Enfermedad, en medicina fisiológica, no es una simple proposición científica, sino el reflejo de una orientación particular hacia la vida.

El médico que practica la medicina corporal se halla evidentemente en mejor posición que sus colegas que actúan en el terreno de la curación emocional: tiene ciertas normas de conducta derivadas de las definiciones operantes de "la salud", "la vida" y "el bienestar", y por lo tanto de lo que es "bueno", ya que es relativamente fácil para él apuntar a una "esencia" de cada órgano de la vida física misma: a su protección y prolongación. Pero cuando miramos hacia la vida mental o psíquica no hallamos tales normas de conducta, ni definiciones realmente operantes con respecto a lo que constituye psicológicamente la "vida" y, sin duda, lo que constituye la "salud emocional". Inevitablemente esto se convierte casi de un modo exclusivo en un problema ético. El reconocimiento de este hecho ha contribuido a acrecentar el descontento con el concepto de "salud mental" y ha llevado a vivas discusiones con

vistas a una definición del bienestar emocional.

Littman (1961) propone en su artículo "*Psychology, the Socially Indifferent Science*", buscar la "esencia humana", encontrar los valores universales y determinar así, cuando una persona es sana o enferma.

Smith en "*Mental Health, Reconsidered: a Special Case of the Problem of Values in Psychology*" apoya este planteamiento y añade la necesidad de analizar los sistemas sociales, sus valores, su génesis y consecuencias.

No obstante, estas demandas a la ciencia psicológica están determinadas por un concepto estático de la personalidad y del proceso que ella implica. Las motivaciones y consecuencias de la conducta humana sólo podrán comprenderse en un marco que permita analizar su movimiento y no restringirlo para "verlo y cuantificarlo", separando lo "sano" de lo "enfermo". En este sentido Szasz (1960) dice "no existe eso que se llama enfermedad mental..." su "argumento se limita a la proposición de que la enfermedad mental es un mito, cuya función consiste en disfrazar la amarga píldora de los conflictos morales en las relaciones humanas". Man-

tiene la idea de que no se trata en realidad de un padecimiento, sino de un fenómeno específicamente humano: el problema de los valores y su elección.

La lista de las definiciones de "*salud*" es larga, pero la mayoría coinciden en que está basada en una responsabilidad personal, es decir, en el reconocimiento de las propias capacidades y la responsabilidad de los cambios que son capaces de producir. Es precisamente esta capacidad de hacerse responsable el motor del cambio en el hombre y por lo tanto el objetivo de toda psicoterapia. Dentro de este marco teórico lo patológico o enfermo estará definido por el rechazo a la responsabilidad y, siguiendo a From, "*miedo a la libertad*".

Si se afirma una esencia tal, lo sano resulta de finido de acuerdo con el grado en que una persona sea libre para percibirse a sí misma como una unidad que acta y que reacciona con independencia; que practica conscientemente las elecciones que se hallan a su alcance y las realiza con consciencia de la responsabilidad que significan.

La manera de lograr esa libertad o responsabilidad personal depende de la teoría básica: Freud enten-

día por normalidad mental un adecuado gobierno de las propias fuerzas impulsivas, vitales y reales mediante la sublimación, sin buscar refugio en artificios represivos. El análisis conduciría a la salud por la vía de la consciencia. Por supuesto Freud se halla muy lejos de Sartre, Goldstein y otros, al explicar por qué la consciencia y la percepción son tan difíciles de lograr o cómo la consciencia se reduce o aumenta en los individuos; pero la concepción de la consciencia (y consiguientemente la responsabilidad) se halla en el centro de la definición de la salud -de que la libertad para ser consciente y ser responsable define el concepto de salud-, es algo donde la mayor parte de los teóricos coinciden.

Freud observó que una persona psicológicamente sana se caracteriza por su capacidad de extraer satisfacción de amar y trabajar "*lieben und arbeiten*", se refería a la capacidad de derivar placer de los esfuerzos activos de la utilidad propia. La conclusión más importante a la que llegó, fué que existe una continuidad entre el individuo normal y el patológico y que entre ellos solamente se pueden observar grados de diferencia.

Para Fromm la salud mental se caracteriza por la capacidad de amar y de crear, por la liberación de los vínculos incestuosos con el clan y el suelo, por un sentimiento de identidad basado en el sentimiento de sí mismo como sujeto y agente de las propias capacidades, por la captación de la realidad interior y exterior a nosotros, es decir, por el desarrollo de la objetividad y la razón.

Por supuesto, cuando Fromm habla de "*objetividad y razón*" no quiere decir indiferente despegado o racionalización, sino más bien el logro de una potencialidad primaria para aprender, para conocerse a uno mismo y a los otros de una manera profunda, básica y completa. Sobre la base de este conocimiento, Fromm propone que el hombre llegue a ser capaz de valerse a sí mismo para el logro de sus potencialidades biológicas y fisiológicas. Que existe dicha potencialidad primaria y que puede ser utilizada si las circunstancias son favorables, parece corroborado por los hallazgos de la investigación contemporánea. El hecho de que las circunstancias no sean siempre favorables para lograrlo es también demasiado evidente. Los objetivos de la psicoterapia preventiva y de la reconstructiva deberán ser, respectivamente,

ayudar al individuo a mantener su buena disposición para el cumplimiento de esa potencialidad primaria o a recuperar esa buena disposición si ha sido sofocada.

La dirección inherente y primaria del organismo es hacia la actividad, y el cumplimiento de esta tendencia representa vitalidad psicológica y bienestar emocional.

El bienestar psicológico es sinónimo de vivacidad psicológica; esa vivacidad se manifiesta más potentemente en la actividad esforzada, y esa actividad, paradójicamente, requiere y se refleja en la aceptación franca de los estímulos internos o externos, intelectuales, físicos o emocionales.

Un concepto de salud mental que tiene vigencia es el propuesto por la O.M.S., que postula como meta el despliegue óptimo de las potencialidades humanas para la convivencia, el trabajo y la recreación, un marco utópico que, sin embargo, ha contribuido al rompimiento del estrecho círculo de la dicotomía tradicional "locos" y "sanos".

La mayoría de los conceptos teóricos y clínicos

de normalidad parecen caer en cuatro perspectivas funcionales de normalidad; aunque cada perspectiva es única y tiene su propia definición y descripción, se contemplan una a otra, así que juntas representan el comportamiento total y una aproximación de las ciencias sociales hacia la normalidad (Freedman y Kaplan, 1967).

Estas cuatro perspectivas son:

1) Normalidad como salud.- Este primer punto es básicamente la aproximación tradicional médico psiquiátrica hacia lo que es salud y enfermedad. La mayoría de los médicos igualan normalidad con salud, tomando salud como casi un fenómeno universal. Como resultado se asume que el comportamiento está dentro de los límites normales cuando no se encuentra manifiesta ninguna psicopatología.

Si toda la conducta se pusiera en una escala, la normalidad abarcaría la mayor parte de un continuo y la anormalidad vendría a ser un pequeño residuo o una pequeña parte.

Esta definición de normalidad se correlaciona con el modelo tradicional del médico que trata de libe-

rar a su paciente de los signos y síntomas observables. Para este médico la ausencia de signos y síntomas es indicativo de salud. En otras palabras, salud en este contexto se refiere a un "razonable" más que a un "óptimo" estado de funcionamiento. En su forma más simple, este punto de vista es ilustrado por Romano, quien dice que una persona sana (saludable) es aquella que está razonablemente libre de una dolencia indebida, de incomodidad y de una incapacidad.

2) Normalidad como utopía.- Este punto concibe a la normalidad como una armoniosa y óptima mezcla de diversos elementos del aparato mental que culmina con un óptimo funcionamiento. Tal definición emerge claramente cuando el psiquiatra o el psicoanalista hablan acerca de la persona ideal, o cuando luchan con el complejo problema de discutir sus criterios acerca de un tratamiento exitoso.

Este enfoque puede llevarnos hasta Freud, quien, cuando discutía acerca de la normalidad decía " *un ego normal es como la normalidad en general, una función ideal*".

Aunque este enfoque es característico de un significativo número de psicoanalistas no es exclusivo de ellos, ya que puede encontrarse también entre psicoterapeutas en el campo de la psiquiatría.

3) Normalidad como promedio.- Este tercer punto de vista es comúnmente empleado en estudios normativos de la conducta y está basado en el principio matemático de la curva de la campana de Gauss. Este enfoque concibe al centro como normalidad y a ambos extremos como desviaciones.

El enfoque normativo basado en este principio estadístico describe a cada individuo en términos de una estimación general y en una cuenta total. La variabilidad se describe solamente dentro del contexto del grupo total.

Conceptualmente una perspectiva promedio es similar a la estructura básica de personalidad de Kardiner para diferentes culturas y subculturas. Al desarrollar modos de personalidad para diferentes sociedades, se asume que las tipologías del carácter pueden ser estadísticamente medibles.

4) Normalidad como proceso.- Este punto de vista hace hincapié en que el comportamiento normal es el último resultado de sistemas interactuantes. Basado en esta definición cambios temporales son esenciales para una completa definición de normalidad.

Investigadores que se adhieren a este enfoque se pueden encontrar en el campo de las ciencias sociales y del comportamiento. La conceptualización más típica es la de Grinker acerca de la teoría unificadora del comportamiento y la conceptualización de Erikson de la epigénesis del desarrollo esenciales en la consecución y el logro de un funcionamiento maduro.

Después de revisar estos conceptos, llegamos a la conclusión de que es difícil dar una definición operante y universal de salud mental, ya que diversos autores la definen según sus propios criterios y sistemas de valores y son en base a éstos que dan prioridad a un término: responsabilidad, actividad, normalidad, amor y conciencia de sí mismo, disposición a la experiencia, etc.

Todas estas definiciones son valiosas por sí mismas y una a otra se complementan.

1.2 IMPORTANCIA DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL.

El desarrollo de la medicina social ocurrió tardíamente hasta el siglo XIX, en que la amenaza de infección o el sufrimiento que ésta causaba trascendieron la limitación de la medicina que se ocupaba únicamente del cuidado de los pacientes infectados. Se reconoció la necesidad de otro enfoque para establecer medidas médicas que resultasen más eficaces, dirigidas a la comunidad como un todo. Se investigó la enfermedad por métodos epidemiológicos, y no por coincidencia se introdujeron los servicios médicos públicos.

Hasta principios del siglo XX, la psiquiatría empieza a dar mayor importancia al conocimiento de las influencias psicológicas y socioculturales para el mantenimiento de la salud mental.

El carácter de los servicios de salud mental ha sido determinado hasta ahora por múltiples influencias que incluyen su historia, su demanda pública y consideraciones políticas, así como la impresión del psiquiatra de que son "buenas" para sus pacientes. Lo que resalta es que no han sido planeadas a la luz de una estimulación objetiva de las necesidades y del óptimo

empleo de sus recursos.

En México, las carencias en el campo de la salud mental se relacionan con varios hechos. Uno es que los servicios son a todas luces insuficientes, están mal distribuidos y sólo una parte de la población tiene acceso a ellos; de ahí la necesidad de mejorar y extender la cobertura. Otro es que el personal adiestrado es escaso en todos los niveles profesionales y técnicos, de ahí la necesidad de adiestrar y capacitar personal. Otro más es que la prevención en el manejo oportuno de los casos requiere que sean abordados por un grupo interdisciplinario de profesionistas (psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadoras sociales, enfermeras y técnicos en rehabilitación). Por otra parte, es indispensable conocer mejor los problemas; de ahí la necesidad de hacer investigaciones. Por último es preciso que los recursos se usen en la forma más efectiva, para que las acciones se planeen y se coordinen debidamente.

Históricamente es explicable que un primer paso haya sido la asistencia de los enfermos mentales severamente perturbados, problema cuya confrontación es ina

plazable, pero es claro que hoy en día el marco filosófico que orienta el campo de la salud mental tiene alcances que van mucho más allá de la mera asistencia de los enfermos.

No es difícil que aún si se aplican los recursos necesarios, se requieran algunos años para darle a la salud mental el alcance que debe tener. Es de pensarse que la información y la educación pueden contribuir a un cambio de criterios y de actitudes del público acerca de la verdadera naturaleza de los desórdenes y desviaciones mentales, y suscitar un cambio de las políticas oficiales en el área de la salud mental.

Para el Dr. Ramón de la Fuente M. los lineamientos de la atención psiquiátrica y de la salud mental en el país son:

1. Aspectos epidemiológicos.
2. Asistencia.
3. Recursos humanos.
4. Prevención y educación.
5. Investigación.

El Dr. Benjamín Cruz Arceo (1977) realizó varias investigaciones en diferentes partes de la República Mexicana, en diversas instituciones de salud mental llegando a las siguientes conclusiones:

" La psiquiatría institucional, y en especial la práctica de la psicoterapia en México, ha sido y es severamente criticada.

Independientemente de las diferentes escuelas que prevalecen en un determinado individuo o grupo de individuos, creo que se debe a que en realidad los éxitos psicoterapéuticos que se obtienen frente al gran número de enfermos que ameritan tratamiento hacen ver dichos éxitos como escasos y dan un panorama de fracaso.

Al aceptar esto como cierto nos lleva a buscar las causas, y dentro de lo que he observado los más sobresalientes y visibles son:

A) Factores del paciente. Un gran número de los individuos que presentan padecimientos psiquiátricos necesitan ser tratados psicoterapéuticamente, no obstante, algunos carecen del nivel intelectual y de la sensibilidad necesarios; al no poder proporcionarles psicote

rapía, nos vemos obligados a tratarlos con terapias medicamentosas.

B) Factores del psiquiatra. La búsqueda del origen de los fracasos y de los éxitos de la psicoterapia institucional sería incompleta si dejáramos de hacer una autoevaluación.

Todos los que trabajamos a nivel institucional, debemos hacer un autoanálisis que nos permita tener una conciencia plena de nuestras capacidades psicoterapéuticas. Algunos psiquiatras con amplios y autorizados conocimientos de los tratamientos biológicos no tienen el interés o el adiestramiento para dar los tratamientos no biológicos y viceversa.

C) Factores de la consulta psiquiátrica institucional. El volumen elevado de pacientes es la característica principal de la consulta institucional, por un lado, debido al número grande de individuos que necesitan el servicio, y por el otro, en grado menor que el anterior, debido a que los pacientes son mal referidos, generalmente por médicos que carecen de los conocimientos medicopsiquiátricos elementales.

Este volumen elevado hace que el tiempo de una sesión que debería ser de 50 minutos, se reduzca a 15 o cuando más a media hora, sesión que sólo puede repetirse una vez cada mes y medio o dos meses. En estas condiciones, ¿ qué tipo de psicoterapia podemos aplicar con éxito ?

Este factor impulsa a muchos psiquiatras a tratar a los pacientes con medicamentos, logrando, claro, una remisión sintomatológica mientras se estén administrando los fármacos.

D) Factores culturales. El nivel cultural predominante en los individuos que asisten a consulta es bajo. El paciente tiene un concepto erróneo del psiquiatra, lo juzga con el concepto del médico tradicional, espera un medicamento mágico que le ayude a liberarse de sus síntomas y de su problemática, que en muchas ocasiones es de carácter eminentemente social y económico. El enfermo asiste, pues, con una concepción previa y errónea, y al hacerles notar la necesidad de un tratamiento diferente por completo del que esperan, y de su participación activa, simplemente rechazan ambos factores.

Por otra parte, y esto es lo de mayor importancia, el paciente con nivel cultural medio o elevado, ideal para un tratamiento psicoterapéutico con éxito, no puede ser atendido mucho tiempo y con la frecuencia que necesita.

Sabemos perfectamente que la psicoterapia breve nos ayuda a eliminar síntomas o a reducirlos, y que no va a reestructurar la personalidad, pero hemos observado que al aplicarla al individuo de nivel intelectual normal y cultural promedio, le ayuda en forma notoria, una vez eliminado el síntoma principal, a buscar por sí mismo el equilibrio de sus impulsos y la solución de su conflictiva.

Por supuesto no todos son éxitos, pero cuando fracasamos, el paciente vuelve al servicio y estamos en condiciones de ayudarlo con un nuevo período de psicoterapia orientada analíticamente.

En conclusión, creo que debemos tener conciencia de que la psicoterapia institucional es efectiva en la medida en que nos proponemos aplicarla, dentro de un marco de limitaciones que debemos tratar de eliminar según nuestras posibilidades inmediatas."

Para el Dr. C. Pucheu (1981) la enfermedad mental existe, no es una invención, como pretenden hacerlo ver algunos críticos dentro del llamado movimiento anti-psiquiátrico. Ciertamente se manifiesta de muy diversas maneras y que va desde simples y tolerables síntomas de conducta desviada hasta conductas francamente patológicas.

También tenemos que considerar que es un campo que aún no alcanza el grado de precisión que poseen otras especialidades. Se insiste en que el hombre es una unidad bio-psico-social y que en el proceso salud-enfermedad mental se pone en juego una serie de factores multicausales que interactuando entre sí, desencadenan y favorecen la permanencia del padecimiento.

No se niega la importancia que tienen los factores sociales tanto para precipitar y mantener, como para atenuar la enfermedad mental y sería ilógico pretender que no existan factores culturales y económicos que matizan la actitud de la sociedad hacia el enfermo mental y los distintos métodos de tratamiento y rehabilitación de los pacientes. Se trata en realidad de la historia de la salud y la enfermedad de los seres humanos.

El hacer énfasis sobre los aspectos sociales y culturales de la enfermedad, constituye un aspecto enriquecedor del modelo científico que pretendemos seguir en cada uno de nuestros actos, pero sobrevalorar a los factores sociales convirtiéndolos en explicaciones etiológicas por sí mismos, denota, a pesar de una supuesta "buena voluntad" hacia el enfermo mental, ignorancia de los aconteceres en el proceso de salud-enfermedad.

El enfermo mental es tanto más rehabilitable mientras más horas de atención personal se le brinden, pero las requiere de manera multi e interdisciplinaria.

No es que nuestros conocimientos actuales nos permitan decir que sabemos todo sobre la enfermedad mental y que sólo se necesita más dinero para poder resolver los problemas de los trastornos mentales. Sabemos bastante y podemos investigar aún más, pero necesitamos recursos físicos, humanos y financieros, así como también tiempo para desarrollar los niveles de atención que la sociedad, a través del Estado, esté dispuesta a sufragar.

Hablar de la rehabilitación del enfermo mental desde el punto de vista individual, implica la aplica-

ción de una serie de medidas bastante conocidas que incluyen procedimientos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, recreacionales, vocacionales, ocupacionales y laborales, así como la eliminación, en lo posible, de los problemas derivados de las relaciones interpersonales con la familia y la comunidad.

Para favorecer la práctica de la rehabilitación, se incluyen la epidemiología, por un lado, y la organización de servicios para la salud mental, por el otro. El objetivo de la epidemiología consiste en descubrir y eliminar factores que son fundamentales para las enfermedades específicas, en tanto que la organización e investigación de los servicios de salud busca hacerlos más eficaces en su objetivo de mantener y mejorar la salud mental. De aquí que se deriven los programas de seguimiento del estado de salud o de supervisión preventiva, la atención domiciliaria, la capacitación para el trabajo, así como otra serie de innovaciones susceptibles de ser implantadas.

En lugar de pensar en eliminar nuestros hospitales psiquiátricos, debemos tratar de mejorarlos en lo que se refiere a la administración, a las finanzas, a la capacitación de su personal y a sus programas de

trabajo.

Estos dos últimos incisos se pueden ver muy favorecidos mediante la adopción de distintos modelos de tratamiento y rehabilitación que ofrezcan diferentes tipos de alternativas a diferentes tipos de pacientes.

Los programas comunitarios de salud mental han abierto nuevos horizontes para los enfermos mentales, pero hay que tomar en cuenta que el buen hospital psiquiátrico será la base de la curación y de la rehabilitación durante muchos años más, porque siempre habrá pacientes cuya recuperación se llevará más tiempo del que los especialistas, la familia y la sociedad consideren convenientes.

La importancia de tratar el tema de centros de salud mental fué por dos razones principales: una, que esta investigación se llevó a cabo en uno de ellos y, otra, que es necesario extender la ayuda psicoterapéutica a una población con problemas de salud mental que por razones económicas no tiene acceso a consulta terapéutica privada.

No es objeto de esta investigación someter a

discusión los múltiples factores que contribuyen o afectan el óptimo funcionamiento de un centro de salud mental. Sin embargo, sí consideramos importante tomar en cuenta las premisas ya expuestas, como elementos que contribuyen al mejoramiento del servicio que se presta.

1.3 PSICOTERAPIA.

Ofrecer una introducción a la psicoterapia no es una tarea fácil, ya que ésta es tan antigua como la historia médica registrada. En el curso de los siglos, los métodos psicoterapéuticos cambiaron en uno u otro sentido. Algunas veces hubo cambios desde técnicas persuasivas a técnicas de apoyo y sugestivas, otras veces en dirección a la caza de brujas, encantamientos y plegarias y otros métodos de expulsión. Todos estos métodos estaban concebidos para liberar a la persona de la enfermedad mental, a la que se consideraba entonces una entidad separada, introducida o impuesta al individuo mentalmente enfermo. " *Las figuras a través de las cuales se desarrolló la cura mental, abarcan toda la gama que va de monjes a hechiceros, de santos a pecadores, de reyes a charlatanes, médicos y especialistas.*"

Sin embargo, es claro que el interés que el hombre tiene por superarse y ayudar a los demás, logra con solidarse paulatinamente a través de la ciencia, legan do de una generación a otra los hallazgos más importantes para el conocimiento de la naturaleza humana.

1.3.1 HISTORIA.

La historia de las medicaciones psicológicas, co mo las llamaba P. Janet, es bastante reciente. A título de "precursores", se cita generalmente a San Juan de Dios, Pinel, W. Tuke, etc. Pero la verdadera fuente precientífica de los estudios psicoterapéuticos reside en el interés suscitado por el hipnotismo a principios del siglo XVIII, interés que se convirtió en científico en el siglo XIX cuando Braid en Inglaterra, Charcot en París, Breuer en Viena, pero sobre todo Bernheim y Liebaut en Nancy, aplicaron los conocimientos de su tiempo al estudio de los fenómenos inconscientes liberados por la sugestión y la hipnosis. De estos estudios provienen directamente los primeros trabajos de Janet y Freud, fundadores de las técnicas modernas. Ya se sabe que Freud y sus alumnos (Jung, Adler, etc.) han creado o inspirado la mayor parte de los procedimientos

de psicoterapia. No hay ni uno solo de los actuales métodos de psicoterapia que no deba al psicoanálisis una parte, al menos, de sus fundamentos y de sus recursos.

Los conceptos más antiguos de psicoterapia racional planeada difieren de la moderna psicoterapia, sobre todo, en su concepción de los papeles atribuidos a los dos participantes en el proceso psicoterapéutico, el paciente y su auxiliar. Se interesan por la persona mentalmente enferma sólo en cuanto es objeto de los esfuerzos terapéuticos del médico. Las funciones de éste eran consideradas en términos de la aplicación adecuada de sus habilidades y poderes psicoterapéuticos al paciente, y mucho menos en términos de una interacción personal mutua entre médico y paciente.

Pero los recientes desarrollos de la psicoterapia se han caracterizado crecientemente por la percepción de que el contacto entre hombre y hombre, el paciente y el experto, debería ser de mutua colaboración. La observación y la investigación de la personalidad del médico así como la del paciente se han convertido en partes importantes de la psicoterapia, y se conside-

ra hasta ahora que el examen de los modos de interacción entre paciente y médico son una parte integrante del proceso psicoterapéutico. La concepción freudiana del proceso terapéutico en términos de "transferencia", "resistencia" y "contratransferencia" es la expresión más claramente formulada de esta evolución. Otro resultado de este punto de vista es la forma como Moreno conduce la entrevista terapéutica entre el auxiliar y el paciente en el psicodrama. La descripción que hace Muncie de la actitud de la escuela psicobiológica y de su fundador, Adolf Mayer, también ilustra bien este cambio general en la posición psicoterapéutica. Otra expresión de esta evolución es la definición que hace Sullivan (1979) del papel de la psiquiatría en el procedimiento psicoterapéutico como el de un "observador participante". Wolber (Fromm-Reischmann 1977) demuestra cuanto se puede aprender acerca de los fenómenos de transferencia en la hipnoterapia. Entre los autores modernos, debemos citar a Whitehorn (1951), con su afirmación: " *La psicoterapia radical es esencialmente una tarea cooperativa, en la cual el éxito depende en última instancia del paciente, sirviendo el psicoterapeuta primordialmente como un asistente experto.*"

1.3.2 DEFINICION.

En términos generales se puede definir a la psicoterapia como el tratamiento de los problemas y trastornos emocionales y de la personalidad, por medios psicológicos. Ningún método, enfoque o técnica psicológica es útil para todo paciente o para todo tipo de dificultades emocionales. El tipo de psicoterapia debe variar según la naturaleza de los problemas del sujeto, el diagnóstico dinámico, la edad del individuo que se va a tratar, su inteligencia, su madurez emocional, su situación social y familiar, las metas del tratamiento, la efectividad de la técnica para obtener dichas metas y, por otra parte, el adiestramiento especializado y la habilidad del terapeuta.

1.3.3 TECNICAS PSICOTERAPEUTICAS.

Las técnicas psicoterapéuticas se dividen en dos grandes grupos: las Psicoterapias Individuales y las Psicoterapias Colectivas.

PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES.

Comenzaremos por la descripción del psicoanáli-

sis, piedra fundamental de toda psicoterapia moderna.

PSICOANÁLISIS.

En tanto que terapéutica, el psicoanálisis está dotado de una singular originalidad: no procede de ningún programa calculado al cual tendrá que someterse el paciente. Aspira a permitirle alcanzar, por sus propios medios, el mejor desarrollo posible de su economía psíquica. Es una experiencia de maduración y no una tentativa de restauración, ya que su hipótesis de trabajo admite un paro del desarrollo de la personalidad que trata de hacer progresar. El descubrimiento esencial de Freud reside en los medios de reemprender el desarrollo afectivo detenido. Verdaderamente, el sujeto es invitado a reemprender su propia historia allí donde ella había quedado fijada o interrumpida. Por esto al término de terapéutica, sin embargo justificado para calificar al psicoanálisis, se prefieren los términos que insisten sobre sus virtudes formadoras o , como se dice, "*didácticas*".

A menudo se ha comparado el método a la mayéutica socrática. Consiste en la utilización sistemática

de la libre asociación de ideas para sacar a la luz la dinámica psicológica inconsciente. Vamos a ver cómo se realiza este proyecto en la técnica freudiana. La duración del esfuerzo y las necesidades internas propias del método (que supone para el paciente la capacidad de soportar y de integrar una serie de experiencias psicológicas) hace que el problema de las indicaciones adquiera una importancia primordial.

Esta indicación no puede ser apreciada más que por un psicoanalista, después de un período de ensayo. No debe comprometerse un psicoanálisis más que en un sujeto cuyo estudio previo permite estimar razonablemente que es capaz de sacar partido de él, lo que supone condiciones favorables de edad, inteligencia, "fuerza" y valor de la personalidad. Si no, es mejor recurrir a una psicoterapia más directa y más corta, que podrá ser ajustada a las condiciones actuales de la existencia del paciente.

Pueden distinguirse dos series de cuestiones a examinar ante la indicación de un psicoanálisis: 1o. unas, concernientes a la personalidad del sujeto en tanto que "valor". Freud ha insistido en ello, y lo que

escribía en 1904 sobre el "grado suficiente de educación" y el "carácter seguro" de los candidatos es muy importante; 2o. otras, conciernen a los síntomas y rasgos patológicos. Desde este punto de vista, ciertas indicaciones son excelentes, ya que significan el máximo de probabilidades de éxito (caracteres neuróticos ligeros, neurosis fóbicas). Se consideran también otros casos debido a que el psicoanálisis constituye el único tratamiento a fondo: neurosis obsesivas, histeria, neurosis de carácter. Pero estas indicaciones precisan un estudio previo cuidadoso para eliminar los casos prepsicóticos. La edad límite para Freud son los cincuenta años. Ciertos analistas dan indicaciones más extensas que otros, pero la extensión de las indicaciones fuera del grupo de las neurosis entraña modificaciones de técnica que colocan estos tratamientos modificados más bien en el cuadro de psicoterapias analíticas.

PSICOTERAPIAS ANALÍTICAS.

La posición del psicoanálisis, tal como acabamos de exponerlo, que es la posición clásica y rigurosa, hace de esta empresa una terapéutica de excepción. Pero, si se considera desde el punto de vista terapéutico, es

imposible no tener en cuenta los puntos de vista de la urgencia y del rendimiento. La contradicción que existe entre estos puntos de vista y las imperiosas necesidades de un método psicoanalítico estricto fué observada por el mismo Freud.

De la necesidad de responder a los problemas de la urgencia y del rendimiento, han nacido las psicoterapias analíticas, es decir, los procedimientos instituidos por psicoanalistas para terapéuticas más simples o más directas. Es imposible describir todos los procedimientos, ya que resultan de múltiples factores individuales o circunstanciales. Tienen en común la utilización de la relación terapeuta-paciente (transfert) con el espíritu del psicoanálisis.

Es usual, cuando se habla de psicoterapias analíticas oponer las psicoterapias breves, en las cuales se propone un objetivo limitado (franquear un momento peligroso, suprimir un síntoma alarmante), a las psicoterapias de largo curso, que pueden durar meses o años, ser tan largas o incluso más que un psicoanálisis, pero con sesiones de periodicidad variable. Podrían señalarse además las psicoterapias complejas, en las cuales el contacto individual está completado por una utilización

de los grupos naturales (familia, profesión), o incluso aquellas en las cuales el trabajo psicológico no constituye más que una pieza de un tratamiento, que implica también medicamentos, intervenciones de orden biológico, etc. Esta simple enumeración es suficiente para mostrar la casi imposibilidad de establecer, en un dominio tan poco "fijado", una descripción sistemática y ordenada. El carácter de adaptación estricta a los datos de los casos individuales da cuenta de esta dificultad. Por eso, aún cuando ésto sea muy imperfecto, nos contentaremos con mencionar algunas de las psicoterapias analíticas, es decir, las aplicaciones de la técnica freudiana modificada: 1o. a las psicosis, 2o. a las enfermedades psicosomáticas, 3o. a los estados neuróticos graves; todos ellos casos no susceptibles de un tratamiento psicoanalítico clásico.

OTROS METODOS ANALITICOS.

Apenas creado y codificado por Freud, el método psicoanalítico ha conocido variantes. Las de Jung y de Adler son las más antiguas y las más conocidas. Desde hace algunos años, otras variantes han conocido cierto éxito (Rogers). Finalmente, otras toman sus principios

eficaces de la "*Daseins-analyse*" (Binswanger, etc.).

A. PSICOTERAPIA DE C.G. JUNG,

Presentamos esta psicoterapia (cuyo éxito en Suiza y en los países anglosajones es comparable a su escasa difusión en los países latinos) según los trabajos de Cahen-Salabelle y la exposición de H. Ellenberger. Se sabe que Jung, colaborador de Bleuler y asociado a las primeras investigaciones de Freud, ha elaborado todo un cuerpo de trabajos que comprende elementos psicológicos, lingüísticos, etnosociológicos y metafísicos. Parece que su método psicoterápico combina diversos métodos de contacto y de acción. Cahen-Salabelle, en la conducta psicoterápica, distingue un plano catártico, otro de transfert, otro de educación y otro de metamorfosis de la personalidad. Es decir, que esta psicoterapia tiende a reunir elementos de todos los modos de acción psicológica. Sin embargo, Jung tiende a reducir la importancia del transfert "*artefacto de tratamiento*", siendo esto lo que distingue radicalmente su método del psicoanalítico.

Siendo el interés central de Jung las expresio-

nes de la vida inconsciente colectiva (arquetipos), uno de los aspectos más interesantes de sus trabajos concierne al estudio de los símbolos y a su valor "arquetípico" (es decir, común a toda la humanidad). Es con la ayuda de las expresiones simbólicas descubiertas en su paciente con lo que el psicoterapeuta de la escuela de Jung intenta educar y transformar la personalidad. Esta transformación, llamada por Jung "individualización", resulta de la aceptación integral de la "tarea vital" propuesta. En una primera fase, el sujeto toma conciencia de la Persona (máscara social) y de la Sombra (el ello de Freud o mundo de los instintos). Después de haberlos asimilado, puede asumir el Anima o Animus, arquetipos del sexo opuesto. En seguida se dirige hacia el arquetipo del espíritu, el del "Sabio" en el hombre, el de la Magna Mater en la mujer. El término de la individualización es la instancia psíquica autónoma, el Selbst (sí mismo), centro de la totalidad psíquica, experiencia y reservorio de sabiduría. Como se ve, la psicoterapia de Jung se dirige a todas las estructuras de la personalidad e intenta integrar en un solo movimiento los valores biológicos, psíquicos, sociales, ideales y estéticos.

B. PSICOTERAPIA ADLERIANA.

A. Adler se separó de Freud en 1910 después de haber escrito una "*Crítica de la teoría sexual freudiana de la vida psíquica*". El ha intentado conservar, en su método terapéutico, la noción de dinamismo psíquico excluyendo el problema de las fuentes libidinales de este dinamismo. Es lo que él llama una psicoterapia "*de utilización*", o de eficiencia social. Se trata de una tentativa de reeducación directa.

El comportamiento concreto está, pues, analizado en sus valores actuales. El complejo de inferioridad y la falta de sentimiento social desempeñan el papel de explicación patogénica. Su análisis sirve para mostrar al paciente el carácter imaginario de sus decepciones y para proponerle soluciones de mejor adaptación. El estudio caracterológico, el del "*estilo de vida*" y el de los sueños se utilizan para la comprensión del enfermo y para una "*dirección*" suave y casi invisible.

La psicoterapia de Adler, que se dirige solo a los neuróticos, difiere del psicoanálisis por el hecho esencial de que rechaza los aspectos "*típico*" y "*econó*

míco", es decir la teoría de la libido y la de las relaciones objetales, para retener el aspecto dinámico, es decir la noción de una evolución del individuo de cara a las demandas de la sociedad. Aspira a una adaptación concreta del sujeto a su mundo y a sus valores. Es una especie de pedagogía, en la cual el terapeuta sale de la neutralidad del psicoanálisis para hacer una educación del Yo. El análisis de la transferencia no es posible ni se aborda.

C. PSICOTERAPIA "NO DIRECTIVA" DE ROGERS.

Se trata de una modalidad psicoterápica que toma del psicoanálisis sus observaciones sobre el transfert, sobre el psiquismo inconsciente, sobre la maduración progresiva del Yo y finalmente su hipótesis de trabajo: la capacidad del enfermo para reemprender su desarrollo frenado por las resistencias neuróticas. Pero Carl Rogers (1975) rehuye considerar la transferencia en la perspectiva psicoanalítica como un fenómeno utilizable e interpretable a través de una actitud constantemente impersonal, de alguna forma rechaza al sujeto hacia sí mismo. No solamente no interpreta la transferencia sino que jamás hace la menor interpreta-

ción. Se contenta con facilitar la formulación de las experiencias del sujeto por una repetición en otros términos de sus emociones o sentimientos esenciales. El fin del método es permitir al sujeto " *hablar de sí mismo en presente*". Por esta actitud de respeto, de comprensión y de no-intervención sistemática es por lo que esta psicoterapia obtiene el refuerzo del Yo.

D. PSICOTERAPIA Y ANALISIS EXISTENCIAL.

Los orígenes de esta variedad de psicoterapia son filosóficos. Ellenberger (1955) reconoce como fundadores a Charles Blondel ("*La conscience morbide*", 1914), a L. Binswanger y a Eugene Minkowski.

Binswanger explora al sujeto en tres direcciones: 1o. el sujeto es al comienzo estudiado en su Yo, sus valores propios y sus relaciones (amor, amistad, coexistencia), 2o. a continuación es estudiado en su movimiento propio, es decir, su manera de insertarse en el mundo, 3o. finalmente es estudiado en su apertura al mundo, es decir sus perspectivas y proyectos vitales.

Los autores de esta escuela a partir de Binswanger, se interesan por penetrar en la "*modalidad existen*

cial" de sus enfermos, explorando las categorías de es pacio y de tiempo, las aprehensiones concretas del suje to en relación con los elementos: luz, sonido, color, etc.

Sea lo que fuere, lo que el psicoanálisis espera de la maduración del sujeto, el análisis existencial tiende a promoverlo de una manera más activa. Como un psicoanálisis, un tratamiento de este tipo exige mucho tiempo y puede ser considerado como un trabajo cuya riqueza y profundidad son apenas compatibles con una amplia difusión.

HIPNOSIS. SUGESTION.

La hipnosis, que fué la primera de las técnicas psicoterápicas, es utilizada aún por numerosos autores en los países anglosajones, en Suiza y en la U.R.S.S. En Francia, donde la hipnosis había sido objeto de tantos trabajos fundamentales (escuela de Nancy, Charcot), ha perdido casi el derecho de ciudadanía.

La técnica, variable según el experimentador, utiliza la fijación de la atención y una estimulación generalmente verbal (sugestión), que provoca el trance,

o comunicación hipnótica, fenómeno que parece corresponder a una modalidad particular de transferencia. El estudio teórico de este fenómeno se prosigue en nuestros días por métodos experimentales, neurofisiológicos y psicoanalíticos. Las aplicaciones son de tres órdenes: la hipnosis puede ser utilizada como método de sugestión directa con el fin de eliminar ciertos síntomas; puede ser empleada como catarsis, método de descarga emocional; y, finalmente, puede combinarse con psicoterapias de toma de consciencia, este último método es designado generalmente con el nombre de hipnoanálisis. En esta última técnica, se intenta analizar la relación hipnótica según los métodos de las psicoterapias profundas. El tratamiento se establece por sesiones de hipnosis, que progresivamente son completadas y después reemplazadas por la psicoterapia. Este método permite liquidar el transfert hipnótico. Las indicaciones de la hipnosis son muy amplias: a las neurosis actuales (angustia, astenia), se suele añadir en la práctica numerosos síndromes psicósomáticos y ciertas neurosis de carácter. Lindner señala el interés de su método (hipnoanálisis) en el tratamiento a menudo tan difícil de "*las personalidades psicopáticas*".

De la hipnosis es imposible separar los métodos de sugestión directa, métodos que se fundan sobre la relación autoritaria entre terapeuta y enfermo. Estos métodos que estuvieron muy de moda a principios de siglo, pueden rendir servicios en el plano de la reducción de síntomas. Los métodos de persuasión o de psicoterapia racional pueden ser considerados como variedades de los métodos de sugestión, con los cuales se emparentan por el papel del psicoterapeuta, erigido en imagen todopoderosa, lo más frecuentemente sin saberlo.

MÉTODOS DE RELAJACION.

Los métodos de relajación son terapéuticas que utilizan, para el tratamiento de estados diversos (estados neuróticos ligeros, trastornos psicomotores como los tics, tartamudeo, "calambres" profesionales, o incluso ciertos trastornos psicósomáticos), la práctica sistemática del relajamiento muscular completo o relajación. Existen varios métodos, siendo los más conocidos el de Schultz, o "*entrenamiento autógeno*", y el de Jacobson.

Estos métodos deben ser considerados como me-

dios psicoterápicos, o mejor, psicosomáticos. Sus autores son los primeros en afirmar que no se trata de ejercicios sin alcance profundo, como lo sería un aprendizaje gimnástico técnico, sino más bien de un "encuentro psicoterápico" (Schultz), o de una "psicoterapia fisiológica" (Jacobson). La proximidad de sus métodos con la hipnosis ha sido descrita por estos autores, pero está aún mejor señalada por E. Kretschmer, quien ha designado con el nombre de "hipnosis fraccionada" una variante de la técnica de Schultz.

NARCOANÁLISIS.

En tanto que terapéutica, la subnarcosis se viene utilizando ampliamente desde hace mucho tiempo. Durante la última guerra fué muy empleada para el tratamiento de las "neurosis de guerra" y de los estados emocionales agudos del combate. Es sabido que se practica por medio de una inyección intravenosa lenta de algunos centímetros cúbicos de una solución acuosa de un barbitúrico, como el pentotal (Nesdonal) o el amobarbital (Eunoctal). El sujeto queda sumergido en un estado de ligera somnolencia agradable que facilita la relajación psíquica y el contacto terapéutico. Este

método que se ha revelado muy eficaz en los casos de neurosis de guerra, también se ha buscado extenderlo al tratamiento de las neurosis y de las afecciones psicósomáticas (Grinker, Delay, Cossa, Sutter).

Se ha llegado a la conclusión de que el método es eficaz en casos de angustia aguda, histeria y en ciertas manifestaciones psicósomáticas.

No se trata de una técnica estereotipada, sino de un proceso psicoterápico que, a favor de la rápida sedación de la angustia, permite una exploración psicoterápica de nivel y duración variables. Este método permite más bien mejorías sintomáticas que curas de profundidad. Tiene el inconveniente de introducir un intermediario "mágico" entre el sujeto y el terapeuta. El narcoanálisis ha abierto el camino a otras "psicoterapias farmacológicas" (Rothman y Sward, 1957), que utilizan ya combinaciones de barbitúricos y analépticos, ya drogas diferentes como los alucinógenos. El asunto está en estudio. Repitamos que estas tentativas exigen gran prudencia a causa del verdadero resquebrajamiento psicológico que permiten las drogas.

PSICOTERAPIAS COLECTIVAS.

Ponen en juego la acción bienhechora, resolutive y reeducadora de las interacciones y comunicaciones en el interior de un medio organizado con un fin terapéutico.

PSICOTERAPIAS DE GRUPO.

Se trata de métodos que utilizan para el tratamiento los fenómenos psicológicos interpersonales en el seno de grupos restringidos creados para este fin. El grupo está especialmente constituido para convertirse en el agente terapéutico. Estos métodos se distinguen de los que se proponen utilizar los hechos de psicología de los grupos para mejorar la sociabilidad de los miembros de una colectividad existente (servicio, taller, clase, etc). Estos últimos métodos, denominados a veces terapéuticas institucionales, ergoterapias o socioterapias, se han extendido, sobre todo después de los trabajos de Hermann Simon, en los hospitales y casas de salud psiquiátricas.

La historia de las psicoterapias por el grupo empieza en los Estados Unidos, donde en 1905 Pratt or-

ganizó "cursos para los tuberculosos". Estos primeros esfuerzos desembocaron hacia 1920 en la formación de clubes terapéuticos para enfermos mentales, alcohólicos, niños con trastornos del carácter o retrasados.

Después de 1945, el desarrollo de la psicoterapia de grupo fué considerable. El desarrollo aún reciente de estos trabajos da cuenta de su carácter todavía fragmentario y evolutivo, pero la importancia de tales investigaciones parece muy grande por permitir la extensión de los métodos psicoterápicos al gran número de enfermos que los necesitan y que las psicoterapias individuales no pueden atender.

A. METODOS VERBALES.

Se caracterizan por los intercambios verbales en el seno del grupo.

1) Psicoanálisis de Grupo. En grupos formados por algunos pacientes a menudo escogidos entre psicóticos (esquizofrénicos, trastornos graves del carácter, etc), el psicoanalista, ayudado por varios asistentes, invita a los participantes a hablar libremente entre ellos. El material así verbalizado origina discusiones

generales, relatos de sucesos actuales o pasados, sueños, fantasías. Los pacientes reaccionan creándose un estado de equilibrio que constituye "el denominador común de los fantasmas del grupo" (Ezriel). Sobre este material el psicoanalista podrá hacer sus interpretaciones. Pero él no da ningún consejo ni responde ninguna pregunta. En estas condiciones los autores ingleses y Lebovici estiman que se puede practicar un análisis de los problemas personales de cada enfermo y movilizar sus defensas neuróticas. El tratamiento es tan largo como un psicoanálisis ordinario.

2) Psicoterapias de Grupo. Difieren del método precedente poco más o menos como las psicoterapias analíticas difieren del psicoanálisis propiamente dicho. Algunas están muy próximas al psicoanálisis de grupo. Otras recuerdan las psicoterapias de urgencia y de sostén: se aplican a enfermos que acaban de afrontar una situación traumática en la vida real. Otras recuerdan a las psicoterapias en "case-work", ya que conciernen a grupos familiares. La variedad de situaciones de los grupos terapéuticos es casi infinita (como la de las psicoterapias individuales): grupo de relaciones, grupos autoritarios, grupos emocionales, grupos de discu-

sión, grupos analíticos, etc.

3) Psicoterapias en "*Casework*". Se trata de un procedimiento empleado sobre todo por los anglosajones, y en el cual los esfuerzos de todo un equipo son movilizados para una psicoterapia colectiva. En este trabajo se trata simultáneamente al paciente y a su familia y a veces incluso a un medio más extenso. Psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas y asistentes sociales especializados se reparten la tarea. Ciertos autores tratan simultáneamente al paciente y a su madre o al paciente y a su cónyuge. Otros prefieren los tratamientos por varios terapeutas. Las relaciones neuróticas o psicóticas son analizadas con ayuda de las informaciones recogidas entre todos los compañeros. Se toman las medidas sociales simultáneamente, gracias a las investigaciones sobre el medio y a los estudios psicológicos. Las tentativas de readaptación se siguen en las mismas condiciones y se apoyan con una vigilancia eficaz. Hospitalización, psicoterapia directa y trabajo sobre el ambiente están articulados por medio de las sesiones de trabajo y equipo.

4) Curas de Sueño Colectivas. Una nueva varie-

dad de terapéutica de grupo ha sido introducida especialmente en Bonneval y Prémontré. H. Faure (1958) ha dispuesto la cura del sueño colectiva de un grupo de cinco a siete enfermos que la comienzan y terminan juntos. En estas condiciones se observan los fenómenos típicos de grupo, los cuales son utilizables desde el punto de vista psicoterápico. La cura se desarrolla en fases sucesivas (apaciguamiento, regresión, onirismo, agresividad) que son vividas por el conjunto de pacientes y permiten cambios favorecidos por el mismo nivel de desestructuración de las relaciones de cada uno de ellos con los otros.

Esta terapéutica ha dado a los autores buenos resultados en las neurosis, las afecciones psicósomáticas y en ciertas fases evolutivas de las psicosis agudas o de las esquizofrenias incipientes.

B. METODOS DE EXPRESION PSICOMOTRIZ Y DRAMATICA.

1) En primer lugar, el psicodrama de Moreno. Para este autor el juego dramático permite al sujeto recobrar la espontaneidad cuya represión sería la causa de dolencias individuales y sociales. Utiliza un ver-

dadero escenario, exige un director de escena, auxiliares y un público. El sujeto o el grupo de sujetos discuten primeramente lo que van a representar, después actúan en la escena y, finalmente, discuten su realización.

2) Lebovici, Diatkine y la señora Kestenberg aplican el psicodrama de una manera personal, ya como psicodrama analítico cuando no tratan más que a un solo paciente con la ayuda de un equipo, ya como psicoanálisis dramático de grupo cuando tratan a un grupo de pacientes.

No podemos terminar esta parte sin intentar mostrar el interés especial de la situación del grupo para la psicoterapia. Estas reflexiones tendrán validez para todos los métodos que acabamos de enumerar:

1o. El hecho de ser un grupo establece para los sujetos una situación tranquilizante de una parte frente al terapeuta, y de otra respecto a las propias defensas de cada individuo, que se siente comparable a los demás.

2o. De ello se sigue una facilitación de las

expresiones y por lo tanto una disminución de las resistencias.

3o. La tendencia a la organización de una cierta homogeneidad del grupo frente al terapeuta va a permitir manifestaciones individuales no tan aparentes: unas son comunes a todos los miembros del grupo, otras provienen de uno de los miembros, mientras que los otros intentan apartar lo que les parece heterogéneo. El analista encuentra en tales movimientos ocasiones privilegiadas para interpretar las tensiones individuales o comunes a varios miembros del grupo.

4o. Las pulsiones libidinales de cada uno tienden también a amalgamarse y pueden desembocar en manifestaciones emocionales intensas, que ayudarán también a la integración de los datos individuales.

5o. El hecho de que numerosas resistencias individuales sean comprendidas muy pronto por los miembros del grupo entraña una primera mejoría de los síntomas, a menudo muy rápida y estimulante.

6o. La identificación con los otros, ayudada por las técnicas de inversión de papeles, ayuda a asu

mir posiciones habitualmente experimentadas como peligrosas.

Por el contrario, la situación de grupo parece tropezar con ciertas limitaciones en sus capacidades terapéuticas. Parece a ciertos autores (Spotnitz) que las terapias de grupo son más adecuadas para movilizar los hechos edipianos que los hechos anteriores del desarrollo. La mayor parte de las terapéuticas de grupo terminarían de esta manera, siendo "*más bien lecciones de comportamiento y de adaptación emocional*" que continuaciones del desarrollo individual.

TERAPEUTICAS INSTITUCIONALES Y SOCIOTERAPIAS.

La idea de utilizar el medio hospitalario como factor de curación es realmente muy antigua. Pero el conocimiento del valor del medio terapéutico para el enfermo mental no comenzará a manifestarse hasta el siglo XVIII. Benjamin Rush causó sensación en 1752 cuando instituyó en el hospital de Pennsylvania la "*terapéutica ocupacional*" conjuntamente con la hidroterapia.

Al final de este mismo siglo, el movimiento humanitario, unido al nombre de Pinel preparó activamente los planes y las realizaciones del siglo siguiente sobre la organización administrativa del trabajo y las distracciones en los asilos de enajenados. Sin embargo, sólo fué al comienzo de este siglo, con el alemán Hermann Simon (1923) cuando el hospital empezó a organizarse según verdaderos principios terapéuticos que se basaban ya en el estudio de los comportamientos de los enfermos y de los médicos, el papel y la formación del enfermo, la organización rigurosa de las actividades, etc.

Una nueva etapa comienza tras la segunda guerra mundial, la colectividad hospitalaria en su totalidad se convierte en objeto de atención (Balvet, 1942). En efecto, se observa que el hospital constituye con frecuencia una segregación nefasta para los enfermos y favorece la evolución crónica de su enfermedad ("*Institutional neurosis*" de Barton, 1959).

Actualmente casi todos los servicios de psiquiatría hacen un esfuerzo para organizarse en "*comunidades terapéuticas*" (Maxwell Jones), de fórmulas muy variables por otra parte.

Contribuyen a ello muchas corrientes: en primer lugar las investigaciones psicoanalíticas con todo lo que ellas aportan a la profundización de las relaciones terapéuticas en general; también los trabajos de los psicólogos sociales, especialmente los culturistas norteamericanos (Horney, Fromm, Sullivan, etc.). Incluso también otras ciencias sociales como la antropología cultural, la lingüística, por ejemplo, hacen aportaciones a la elaboración de los conceptos de la terápica colectiva institucional.

Paralelamente a estas corrientes, las doctrinas de asistencia psiquiátrica evolucionan hacia una acción curativa y preventiva en el medio social mismo (terapéutica en la comunidad), que complete las técnicas socioterápicas realizadas en las instituciones (comunidad terapéutica).

Es difícil resumir las numerosas tendencias doctrinales -muy divergentes e incluso muy alejadas, según sus mismos autores, de una formulación clara-. Nosotros señalaremos solamente algunos principios directores generalmente admitidos en la actualidad. Estas terapéuticas han entrañado un replanteamiento de todas las relaciones interpersonales en el interior del

hospital, e incluso un replanteamiento de la jerarquía tradicional. Ahora el enfermo es consultado, con frecuencia él delibera, a veces decide. Siempre médicos y enfermeros se interrogan, analizan su relación con el enfermo y su relación entre ellos. Mediante este proceso se organizan sociedades terapéuticas (clubes, grupos de taller, de juegos, de actividades culturales, etc.) de estructura muy flexible, que no deben nunca fijarse, sino por el contrario constantemente evolucionar como lo hace una relación terapéutica o un proceso de curación.

TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS.

Las técnicas terapéuticas que se emplean en psiquiatría para modificar favorablemente el substrato orgánico de las enfermedades pueden agruparse en cuatro métodos principales:

1. Tratamientos farmacológicos.
2. Los denominados tratamientos de choque.
3. Técnicas quirúrgicas o psicocirugía.
4. Tratamientos por agentes físicos.

1. Tratamientos farmacológicos, que están toman-

do actualmente una extensión considerable en razón de la constante aparición de nuevas drogas psicotrópicas de gran eficacia, cuyo mecanismo de acción se precisa cada día más gracias a los progresos de la neurofisiología.

La abundancia y eficacia de las quimioterapias no deben hacer olvidar ni los tratamientos biológicos, ni la necesidad de una acción psicoterápica conjunta. La comprensión de las acciones recíprocas de los procedimientos biológicos sobre el sistema nervioso y de las situaciones psicosociales sobre el Yo, debe esforzar al psiquiatra a coordinar sus esfuerzos con los del ambiente del enfermo, hospitalizado o no.

En lo que concierne a los medicamentos actuales, tan preciados, es preciso reconocerles una nueva capacidad para asociarse a las actuaciones psicoterápicas. Las modificaciones que aportan al estado de conciencia o de humor son generalmente graduales, permitiendo en consecuencia aprovechar dichas modificaciones en cada instante.

En todos los casos el papel de la psicoterapia consiste: primeramente en hacer tolerable al enfermo

la fase de acción latente del medicamento; después, en explotar las modificaciones sintomáticas o estructurales, a fin de conseguir la recuperación del control y de la seguridad del Yo; finalmente en hacer tolerables los efectos secundarios y en manejar ordenadamente la relación médico-enfermo en la última fase de la cura, que exige una gran prudencia, tanto en lo que se refiere a las dosis de los medicamentos como a la "dosis" y forma de la psicoterapia, a fin de no eternizar la dependencia del sujeto para con el medicamento o el terapeuta.

2. Los denominados tratamientos de choque, que han demostrado su valor, pero cuyo empleo tiende a limitarse en razón del desarrollo y eficacia de los tratamientos precedentes. Estos tratamientos de choque (choques insulínicos, cardiazólicos, eléctricos, acetilcolínicos, anoxémicos, pneumochoques, choques piréticos, etc.), pueden agruparse dado que, si bien su mecanismo de acción permanece muy problemático, puede atribuírseles un grosero denominador común, una especie de "conmoción psiccsomática", de "stress" bienhechor, por su influencia sobre los mecanismos reguladores de la vida vegetativa y de la dinámica cerebral.

3. Técnicas quirúrgicas o psicocirugía (lobotomía, lobectomía, etc.), que son asimismo, y después de apasionadas discusiones, menos practicadas actualmente, aunque sus efectos terapéuticos sean innegables en ciertos casos.

4. Finalmente, los innumerables tratamientos por agentes físicos (hidroterapia, climatoterapia, electroterapia, masaje, etc.), que constituyen dentro del tratamiento total una aportación no despreciable.

PSICOTERAPIA EN LA MEDICINA.

En el centro de salud mental de la U.N.A.M., en donde realizamos esta investigación, se imparte la psicoterapia en la medicina. El Dr. Ramón de la Fuente M. ajusta la psicoterapia médica en su aplicación a los siguientes criterios:

1) Quien practica la psicoterapia es un médico, lo que significa sujeción a las normas que rigen los demás actos médicos.

2) Las explicaciones psicológicas que se proponen, no son incompatibles con los conocimientos esta-

blecidos por otros métodos científicos, acerca de la naturaleza de los desórdenes que se pretenden corregir.

3) No se ve inconveniente en que el tratamiento psicológico se aplique simultánea o sucesivamente con otros recursos terapéuticos: físicos, químicos, etc.

4) Los problemas que se abordan son los que en algún grado influyen en la iniciación, el curso, y la evolución de desórdenes y problemas que caen en el campo de la medicina.

5) El médico selecciona los métodos y las técnicas más adecuadas a cada categoría de pacientes: neuróticos, alcohólicos, adolescentes problemáticos, etc., y las ajusta flexiblemente a las condiciones de cada caso particular: psicoterapia individual, familiar, en grupos, modificación de la conducta, etc.

6) Antes de iniciar el tratamiento por medios psicológicos, se establece el diagnóstico basándose en el examen médico y psiquiátrico del caso.

7) La relación médico-paciente se apega al modelo de una "alianza terapéutica", y por lo tanto no se

estimula ni la dependencia extrema ni la regresión del paciente.

8) El terapeuta fija los objetivos del tratamiento, mantiene una disposición activa en el proceso, establece su duración total y la frecuencia y duración de las sesiones.

9) El foco principal de interés es el presente: los síntomas, las actitudes, los conflictos y las circunstancias actuales del paciente.

10) Los cambios se explican como consecuencia de la puesta en juego de los recursos psicológicos del paciente en base al conocimiento más realista y objetivo de sí mismo, sustentándose en las fuerzas que operan en la relación interpersonal.

11) Aunque el foco principal son las experiencias conscientes del sujeto, esto no excluye el que se tome en cuenta sus motivos inconscientes. Como marco explicativo patogenético de algunos de los problemas que se confrontan, se usan formulaciones psicodinámicas, pero las explicaciones causales se basan en los conocimientos científicamente mejor establecidos.

Muchas y muy valiosas han sido las aportaciones psicoterápicas que han hecho los teóricos a lo largo de la historia.

Sin embargo, en este momento de nuestra preparación profesional nos parece muy tendencioso rebatir o abocarnos a que tal o cual enfoque terapéutico es el más apropiado, ya sea para impartirse en una institución o en la práctica privada, pues no poseemos aún una orientación específica ni una preparación que nos permita defender una postura teórica.

1.4 CLASIFICACION DIAGNOSTICA DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (O.M.S.),

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), creada en 1948, es un organismo especializado, vinculado con la Organización de las Naciones Unidas. Por conducto de la O.M.S., los **especialistas** en cuestiones sanitarias y los médicos de más de 150 países intercambian sus conocimientos y **experiencias** y aunan sus esfuerzos con objeto de **alcanzar** el máximo grado posible de salud para todos los **pueblos**.

El estudio de las enfermedades y de la muerte

sirve para unificar criterios y hacer una clasificación y una nomenclatura de las mismas.

La clasificación es acto fundamental para el estudio cuantitativo de todo fenómeno; reconócesela como base de toda generalización científica, y representa, por tanto, un elemento de carácter esencial desde el punto de vista de la metodología estadística.

La uniformidad en las definiciones, de una parte, y la uniformidad de los sistemas clasificatorios, de otra, deben ser, pues, condiciones previas al progreso del conocimiento científico. Y, por consiguiente, en el estudio de las enfermedades y de la muerte es punto esencial, por lo que se refiere a sus estadísticas, una clasificación standard de las enfermedades y de los traumatismos.

Existen numerosos modos de abordar el tema de la clasificación de las enfermedades. Las bases clasificatorias pueden ser numerosas, y la que se elija en cada caso particular dependerá de las ideas y preocupaciones que tenga el investigador. Una clasificación estadística de las enfermedades y de los traumatismos dependerá, por tanto, del uso a que se destinen las estadísticas

recogidas.

Debe advertirse que la finalidad de una clasificación estadística se confunde a menudo con la de una nomenclatura, y ello no debiera ser así. Una nomenclatura médica no es, en principio, más que una lista o ca tálogo de términos, que se ha acordado para describir y registrar las observaciones clínicas y patológicas, y para que se cumpla por completo su misión, debería ser tan extensa que pudieran registrarse en ella todas las afecciones patológicas.

Dicha nomenclatura debería ser capaz de ampliaciones a medida que las ciencias médicas progresen, a efectos de poder incluir en ella los nuevos términos necesarios para registrar nuevas observaciones clínicas.

1.4.1 ASPECTOS HISTORICOS.

El origen de la clasificación de enfermedades data del siglo XVIII; Francois Bossier de Lacroix obtiene el mérito de presentar el primer ensayo que fué publicado bajo el título de NOSOLOGIA METHODICA. A comienzos del siglo XIX la clasificación más corriente

de enfermedades era la de William Cullen, de Edimburgo, aparecida en el año de 1785 con el título de SYNOPSIS NOSOLOGICA METHODICAE.

Pero el estudio estadístico de la enfermedad ha bñase iniciado de hecho un siglo antes, con el tratado de John Graunt sobre las tablas mortuorias de Londres.

Felizmente para el progreso de la medicina preventiva, el "*General Register Office*" de Inglaterra y Gales, encontró desde el momento de su fundación en 1837, en William Farr, su primer estadístico médico. Farr no solamente sacó el mayor rendimiento posible de las clasificaciones imperfectas de las enfermedades con que entonces se contaba, sino que trabajó para mejorarlas, y lograr un uso y una ampliación uniformes desde el punto de vista internacional.

El Dr. Jacques Bertillon fué el promotor de la Nomenclatura Internacional de Causas de Defunción en el informe de 1893 en Chicago.

En consecuencia, el gobierno francés convocó en París, en agosto de 1900, la primera Conferencia Internacional para la Revisión de la Clasificación Bertillon,

o Clasificación Internacional de Causas de Muerte. Reconocióse la ventaja de verificar una revisión cada diez años, y se encargó al gobierno francés que convocara las reuniones de 1910, 1920, 1929 y 1938.

La Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones había tomado, asimismo, un activo interés en estadísticas sanitarias, y había nombrado una Comisión de Peritos Estadísticos para estudiar la clasificación de las enfermedades y de las causas de defunción, a más de otros problemas en el campo de las estadísticas médicas.

La Conferencia Internacional de la Salud, que tuvo lugar en la Ciudad de Nueva York en 1946, confió a la Comisión Internacional de la Organización Mundial de la Salud, la responsabilidad de llevar a cabo la labor preparatoria para la siguiente revisión decenal de las Listas Internacionales de Causas de Mortalidad y para el establecimiento de las Listas Internacionales de Causas de Morbilidad.

En la Conferencia Internacional para la Sexta Revisión de las Listas Internacionales de Enfermedades y de Causas de Defunción, celebrada en París en 1948, se

constituyó la Secretaría para las Administraciones francesas competentes y la Organización Mundial de la Salud.

1.4.2 FUNDAMENTOS ACERCA DEL EMPLEO DE ESTA CLASIFICACION.

El desarrollo de los servicios de salud, en un número siempre creciente de países, convirtió a la Clasificación en un instrumento de uso habitual en la práctica de la salud pública en todo el mundo.

Con el transcurrir de los años, las clasificaciones de los trastornos mentales han sufrido sucesivas modificaciones con el fin de hacerlas más prácticas y para que cumplan la finalidad de orientar a los profesionales de la salud mental en el uso de la terminología psiquiátrica y de las denominaciones nosológicas en forma apropiada. Los avances de la investigación psiquiátrica y los alcances de los enfoques transculturales hace cada día más importante el uso de una terminología común, que se traduzca en un lenguaje único y que permita que estudios realizados en diferentes áreas del mundo tengan los mismos puntos de referencia.

Esta es la única manera de aprovechar el inmenso

esfuerzo que los psiquiatras y otros profesionales dedicados a la salud mental han desarrollado en los últimos años.

De esta manera se garantizaría la reinserción de la psiquiatría en el campo de las ciencias médicas y como objeto de estudios de las ciencias experimentales.

La Clasificación Internacional de Enfermedades, en su sección de Trastornos Mentales (V Sección), difiere de las otras Secciones porque incluye un glosario que define el contenido de las categorías, el cual ha sido preparado después de consultar con expertos de varios países. Esta diferencia se considera justificada por los problemas especiales que impone a los psiquiatras la relativa falta de información de laboratorio, sobre la cual pueda basar el diagnóstico.

La siguiente lista de categorías de tres dígitos de la V Sección de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Revisión 9) permitirá comprender fácilmente cómo está organizada esta sección. Las categorías tienen varias subdivisiones, formándose éstas con cuatro dígitos.

V. TRASTORNOS MENTALES (290-315)

PSICOSIS (290-299)

- 290 Demencia senil y presenil
- 291 Psicosis alcohólica
- 292 Psicosis asociadas con infección intracraneal
- 293 Psicosis asociadas con otros trastornos cerebrales
- 294 Psicosis asociadas con otras afecciones somáticas
- 295 Esquizofrenia
- 296 Psicosis afectivas
- 297 Estados paranoides
- 298 Otras psicosis
- 299 Psicosis no especificada

NEUROSIS, TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y OTROS TRASTORNOS MENTALES NO PSICOTICOS (300-309)

- 300 Neurosis
- 301 Trastornos de la personalidad
- 302 Desviación sexual
- 303 Alcoholismo

- 304 Dependencia de drogas
- 305 Trastornos somáticos de origen psíquico presumible
- 306 Síntomas especiales no clasificados en otra parte
- 307 Trastornos transitorios de inadaptación a situaciones especiales
- 308 Trastornos del comportamiento en la infancia
- 309 Trastornos mentales no especificados como psicóticos asociados con afecciones somáticas

OLIGOFRENIA (310-315)

- 310 Oligofrenia liminar
- 311 Oligofrenia discreta
- 312 Oligofrenia moderada
- 313 Oligofrenia severa
- 314 Oligofrenia grave
- 315 Oligofrenia de grado no especificado

De las diferentes clasificaciones nosológicas actuales, relacionadas con los trastornos mentales, nos inclinamos hacia la que establece la Organización Mundial de la Salud por las siguientes razones:

- 1) Unifica una diversidad de criterios
- 2) Es la más utilizada y reconocida mundialmente
- 3) Es un instrumento habitual en la práctica de la salud pública
- 4) Tiene una nomenclatura y un glosario que nos permite tener una visión clara de las enfermedades mentales

Las desventajas que puede tener esta clasificación es uso inadecuado de ella, utilizándola indiscriminadamente, lo cual lleva a "etiquetar" al paciente.

1.5 ALGUNOS ELEMENTOS EN LA RELACION TERAPEUTICA.

La relación entre terapeuta y paciente es compleja y de ella depende en gran medida el éxito de la terapia. Por esta razón abordamos dicho tema; damos una visión general de los factores que influyen y determinan sus sistemas motivacionales y su dinámica, sin olvidar, por supuesto, sus fundamentos teóricos y éticos.

Inevitablemente ligado al proceso terapéutico se encuentra el concepto de "insight" por ser una condición necesaria que conduce al cambio.

Así también se aborda el tema "*inteligencia*", porque en dicho proceso se hace un manejo subjetivo de ella,

Tanto inteligencia como insight son variables que se utilizan para pronosticar sesiones en psicoterapia.

1.5.1 RELACION TERAPEUTICA.

Son escasas las investigaciones que se han realizado acerca de los complejos problemas de la relación entre el cliente y el terapeuta.

Miller (Lerner, 1974), inició este trabajo con un pequeño estudio basado en ocho entrevistas -dos psicoanalíticas, una directiva y cinco no directivas-. El hallazgo básico fué que las entrevistas no directivas se caracterizaban en gran medida por la vivencia del cliente de sentirse aceptado, más que por la neutralidad o el apoyo.

Este estudio es el primero que intenta medir la relación desde el punto de vista del cliente.

Recientemente se ha completado otro estudio que es importante en sí mismo y además implica también una enorme promesa para continuar el análisis objetivo de muchos de los sutiles aspectos de la relación entre el terapeuta y el cliente. Se trata de dos investigaciones correlacionadas, efectuadas por Fiedler (Lerner, 1974).

Fiedler partió de la suposición, sostenida por casi todos los terapeutas, de que la relación es un elemento importante para facilitar la terapia. En consecuencia, todos los terapeutas intentan crear lo que consideran como relación ideal.

Fiedler supuso que si hay varios tipos de relaciones terapéuticas y cada una es distinta según la escuela, los ideales hacia los cuales se dirigen los terapeutas entrenados en estas diferentes escuelas han de mostrar poca similitud. Pero si hubiera sólo un tipo de relación que es realmente terapéutica, entonces habrá una concordancia en el concepto de una relación ideal. Deberíamos esperar más acuerdo entre los terapeutas experimentados, independientemente de su orientación teórica, que entre los terapeutas experimentados y los principiantes dentro de la misma escuela de pensa

miento, dado que la mayor experiencia debería proporcionar una comprensión más aguda de los elementos de la relación.

Para probar esta serie compleja de hipótesis, Fiedler realizó primero un estudio piloto con ocho terapeutas, y luego un estudio cuidadosamente controlado con diez personas. En este último estudio había tres terapeutas de orientación analítica, tres de orientación centrada en el cliente, un adleriano y tres legos.

La tarea de estas personas consistió en describir la relación terapéutica ideal. Lo hicieron a través del uso de la técnica "Q" ideada por Stephenson (Lerner, 1974). Se extrajeron setenta y cinco enunciados de la literatura y de los terapeutas, cada uno de los cuales describía un posible aspecto de la relación. Cada uno de los diez calificadores agrupaba estos setenta y cinco enunciados descriptivos en siete categorías, desde aquellos más característicos de una relación ideal hasta aquellos menos característicos de dicha relación.

Los resultados son muy interesantes. Todas las correlaciones fueron marcadamente positivas, lo que in

dica que todos los terapeutas tendían a describir la relación ideal en términos similares. Cuando se sometieron las correlaciones al análisis factorial, se encontró solamente un factor, lo que indica que básicamente hay sólo una relación hacia la cual tienden todos los terapeutas.

Hubo una correlación más elevada entre los expertos que eran considerados buenos terapeutas, independientemente de la orientación, que entre los expertos y los principiantes dentro de la misma orientación. El hecho de que aún los legos puedan describir la relación terapéutica ideal en términos que se correlacionan elevadamente con los de los expertos, sugiere que la mejor relación terapéutica puede estar relacionada con las buenas relaciones interpersonales en general. Lo que pone de manifiesto la importancia de la empatía y de la plena comprensión por parte del terapeuta.

Los hallazgos, basados en las diferentes correlaciones, fueron los siguientes:

1. Los expertos creaban relaciones significativamente más cercanas al "*ideal*" que los inexpertos.

2. La similitud entre los expertos de diferentes orientaciones era tan grande o mayor aún que la similitud entre los expertos y los inexpertos de la misma orientación.

3. Los factores más importantes que diferenciaban a los expertos de los inexpertos están relacionados con la capacidad del terapeuta para comprender, para comunicar, y para mantener la empatía con el cliente. Hay algunas indicaciones de que el experto es más capaz de mantener una distancia emocional adecuada, aparentemente mejor descrita como interés y compromiso emocional.

4. Las diferencias más claras entre las distintas escuelas se relacionan con la posición que el terapeuta asume con respecto al cliente. Los adlerianos y algunos de los terapeutas analíticos adoptaban un papel más tutorial, autoritario; los terapeutas centrados en el cliente muestran el extremo opuesto.

La importancia del estudio de Fiedler radica en las perspectivas que abre al futuro.

Aunque se pueden emplear muchas técnicas psico-

lógicas y psiquiátricas diferentes al tratar de aliviar los problemas y trastornos, y tratar de ayudar al paciente a ser una persona madura e independiente, un importante factor terapéutico que se encuentra en cada una de estas técnicas es la relación entre el terapeuta y el paciente con las experiencias interpersonales que ésta implica. A través de esta relación el paciente se da cuenta de que puede compartir sus sentimientos, actitudes y experiencias con el terapeuta y que éste (con cordialidad, empatía comprensiva, aceptación y apoyo) no lo despreciará, ni lo censurará, ni le juzgará, no importa lo que haya revelado, sino que, por el contrario, respetará su dignidad y su valor como persona.

Las relaciones experto-cliente involucran mucho (Sullivan,1944). Según lo define nuestra cultura, el primero es un hombre que extrae sus ingresos y su estado en la sociedad, uno o los dos, del empleo de una información excepcionalmente exacta o adecuada sobre el campo particular de su actividad, al servicio de otras personas. Este uso "*al servicio de otras personas*" está fijado en nuestro orden social, industrial, comercial. El experto no comercia con los implementos o impedimentos de este campo de acción; no es un "comer-

ciante", un "coleccionista", un "conocedor", o un "fantasta", pues éstos emplean su habilidad principalmente para servir a sus propios intereses.

El terapeuta debe poseer la capacidad de comprender el campo de las relaciones interpersonales, buscar únicamente los datos que necesita para beneficiar al paciente, y esperar que éste le pague sus servicios. No persigue la obtención de prestigio o posición social a los ojos de sus clientes o a expensas de los mismos. Solo si se da cuenta de ésto puede consolidar rápidamente y con razonable facilidad las relaciones entre él y el cliente.

Por definición cultural, la gente espera de él que sea un proveedor de información exacta y destreza, y que no tenga relación alguna con el mundo comercial-industrial, más que la que supone percibir el pago de los servicios que presta.

El terapeuta no debe olvidar jamás el hecho de que todos los procesos del paciente van dirigidos a él con mayor o menor exactitud, y de que todo cuanto ofrece -su experiencia- va dirigido más o menos exactamente a su paciente, lo cual da como resultado un mara-

villosa interjuego.

La actitud íntima del paciente respecto a la terapia es de modo inevitablemente ambivalente, y su visión de ella estará coloreada por tendencias conflictivas. Debe experimentar cierta ansia de vida y libertad, deseo de desempeñarse en algo, de ser y volverse activo; pero al mismo tiempo, se siente inclinado a la pasividad, a seguir encadenado.

Sin embargo, en muchos casos el paciente aporta a la terapia algunas tendencias racionales, positivas, estimuladoras de vida, que se expresan en sus esperanzas racionales. El paciente espera recibir de la terapia algo nuevo, a fin de convertirse en algo nuevo también; tiene que haber cierto núcleo de racionalidad en esas esperanzas, de lo contrario el trabajo terapéutico sería imposible.

Freud (1922) sugirió que entre las condiciones necesarias y suficientes para la terapia figuraba de modo prominente la capacidad del paciente de entablar relaciones racionales con otros. Por tanto, en la racionalidad de las relaciones del paciente con el terapeuta figura la esperanza de que recibirá ayuda para

cambiar auténticamente, por mucho que la misma idea del cambio pueda aterrarle. Por supuesto, cambio auténtico quiere decir un impulso en la dirección de la actividad auténtica.

Las esperanzas realistas con que el paciente acude al iniciarse la terapia, encierran también la de encontrar a un ser humano que pueda ayudarle a conseguir su libertad, su autonomía y a volverse activo, pese a su disposición a permanecer inactivo, no autónomo, maquinal. Por consiguiente, es una actitud realista del paciente esperar encontrar a una persona que respete su dilema, que escuche la presentación simbólica de las facetas del mismo y le ayude a comprender plenamente la naturaleza de ellas. Ese respeto por la dignidad del paciente no es, por supuesto, idéntico a la "simpatía" en el sentido corriente de la palabra (Singer, 1979).

Weigert (1961) ha expresado: la verdadera simpatía capacita al terapeuta para ver a través de la "fachada" del paciente. Es fácil reconocer las imposturas del mal actor que trata de expresar emociones que no son verdaderamente suyas. Resulta más difícil com-

prender las distorsiones emocionales inconscientes, que quedan más allá de la relación y comprensión del paciente, convertido en esclavo de hábitos defensivos. Su fachada es una poderosa protección contra un pánico que, de modo transitorio, puede echar abajo sus racionalizaciones y su dominio de sí mismo.

En la psicoterapia de Rogers el cliente es, por definición, el protagonista de esta terapia (ya que la misma se centra en él); por esta razón, el éxito o fracaso terapéutico dependerá de la forma en que él perciba la relación con el terapeuta. O sea, que el eje en que se articula el proceso psicoterapéutico se asienta mucho menos en la personalidad del terapeuta, su ciencia y técnica, que en la forma particular en que todo esto es vivenciado por el paciente. Este viene a la terapia con una óptica distorsionada y distorsionadora, aplicada a sí mismo y a su mundo. Dentro de este campo fenomenológico particular aparece la figura del terapeuta. Por supuesto, tal figura no corresponde a lo que el terapeuta es objetivamente, sino que surge como consecuencia del "filtro" especial, más o menos deformante, que le impone dicha óptica.

Rogers ha examinado con detenimiento la situación del paciente desde este ángulo: la influencia que tienen las expectativas del paciente sobre su percepción del terapeuta. Al respecto describe varios casos:

1. Que el terapeuta sea una figura parental que resuelva sus problemas y dirija su vida.

2. Que actúe como un "cirujano psíquico" que lo opere más o menos dolorosamente y lo reconstruya, aún contra su voluntad.

3. Que le ofrezca consejos, para aceptarlos o cambiarlos.

4. El temor de ser "rotulado", o herido en la relación, por experiencias previas y desafortunadas con otros terapeutas.

5. Que el terapeuta sea una prolongación de la autoridad que lo derivó.

6. Que se vea obligado a resolver sus propios

problemas en las sesiones, por cierto conocimiento de esta terapia, lo cual puede parecerle positivo o muy amenazador.

Por supuesto, hay muchas otras expectativas, pero éstas dan una idea de la forma distinta en que el terapeuta puede ser visto por cada paciente.

El proceso de la psicoterapia es en gran medida corregir esta óptica infiel, de modo que la distancia entre la imagen inicial del terapeuta y su ser real disminuya al máximo. En cuanto el paciente va descubriendo, paso a paso, cómo es realmente su terapeuta experimentará diversas reacciones: alivio, resentimiento, temor, etc. Pero cuando ello sucede también su personalidad suele estar ya bastante fortalecida como para integrar constructivamente las nuevas percepciones.

La resistencia está presente aún antes de que el paciente de los pasos iniciales para establecer contacto con el terapeuta. Debe hacerse ver que las razones para dicha resistencia han de buscarse en la creencia más o menos profundamente arraigada en el paciente de que no hay una alternativa real a su actual

modo de vida, y en su profundo temor de que el terapeuta lo prive de ese único camino hacia la supervivencia, por ineficaz y limitado que sea.

Las esperanzas racionales del paciente provienen de su conocimiento profundo aunque inconsciente, de que fundamentalmente ha fracasado en la realización de sus potenciales humanos constructivos, y también provienen de los conflictos que acompañan a ese fracaso. Por esta razón el pronóstico es favorable en casos como éste, donde semejante conflicto se halla presente. Es decir, es una nueva formulación de lo que se ha dicho muchas veces: que cierta angustia consciente y cierta desazón, son indicaciones pronósticas positivas (Arieti, 1955; Fenichel, 1966; Freud, 1936; Fromm-Reichmann, 1955; Weigert, 1949). La base de esta antigua afirmación ha sido muchas veces la creencia de que la inquietud engendrada por la angustia estimularía al paciente a efectuar esfuerzos más vigorosos de autoinvestigación de los que podrían esperarse si no sintiera angustia. Los pacientes que experimentan ese desasosiego están más cerca del bienestar que aquellos que no lo sienten.

El terapeuta puede también aportar necesidades y deseos racionales o irracionales a este encuentro con el paciente. Hay que esperar que los últimos sean mínimos y los primeros máximos. Hay que esperar que aduzcan en este encuentro las características del bienestar emocional; un deseo de realizarse a sí mismo haciendo un esfuerzo productivo, y la íntima libertad de ser plenamente activo.

Freud (1937) creía que un requisito esencial para realizar la labor analítica era "*un grado considerable de normalidad mental y de corrección*". Fromm-Reichmann (1949, 1952) sugirió también que el bienestar emocional del terapeuta es un requisito previo del trabajo efectivo; y que la salud se caracteriza por la buena disposición para conocerse a uno mismo, más que por una ausencia artificial de los inevitables problemas que presenta la vida o por un convencionalismo estéril. Sullivan (1949) también mantiene que el psicoterapeuta debe estar emocionalmente sano (aunque rechaza al mismo tiempo las ideas corrientes de la "*adaptación*").

Para M. Kinget (Lerner, 1974), un aspecto impor-

tante de la maduración emocional del terapeuta es su "capacidad de participar en la tarea del cambio de otra persona, sin tener la tentación de modelar dicho cambio según la imagen de sí mismo"; por consecuencia, el terapeuta no actúa de "guía, juez o modelo", sino "simplemente como resonancia y amplificador de los esfuerzos que el cliente hace por cambiar".

Rogers concibe la experiencia terapéutica como "una relación profunda y significativa a la que el paciente puede llevar todo lo que emocionalmente es y en la que se reúne con los sentimientos del terapeuta". Esta no puede ser una relación sostenida intelectualmente por el terapeuta, ya que el elemento básico de la misma es de carácter afectivo. Enuncia de manera breve una relación de ayuda en los siguientes términos: "si puedo crear cierto tipo de relación, la otra persona descubrirá en sí mismo su capacidad de utilizarla para su propia maduración y de esa manera se producirán el cambio y el desarrollo individual". " Esta relación se caracteriza por una especie de transparencia que pone de manifiesto mis verdaderos sentimientos, por la aceptación de la otra persona como individuo diferente y valioso por su propio derecho, y por una pro-

funda comprensión empática que me permite observar su propio mundo tal como él lo ve. Una vez logradas estas condiciones (aceptación incondicional, autenticidad y congruencia), me convierto en compañero de mi propio cliente en el transcurso de la aterradora búsqueda que ya se siente capaz de emprender".

Se ha sugerido que sólo el psicoterapeuta que cree en la posibilidad de su propia libertad para saber y elegir es capaz de ayudar al paciente a saber y a elegir. Es evidente que el terapeuta se enfrentará a conflictos en el transcurso de la plena obtención de esta libertad de acción; y es igualmente claro que no debe osar entregarse a la tentación de abandonar su búsqueda de esa libertad.

1.5.2 CONCEPTO DE INSIGHT.

Desde un principio el terapeuta intenta comprender el estado del paciente, captar las implicaciones de sus síntomas mediante la investigación de la resistencia, de los sueños, de los procesos de transferencia y contratransferencia, y que adquiera insights profundos de su vida y experiencias. El desarrollo del insight es la aspiración básica de la psicoterapia,

pues el logro del conocimiento íntimo es en cierto modo sinónimo de bienestar emocional.

Freud (1913) estaba convencido de que el insight emocional y la comprensión intelectual eran sinónimos. Pero posteriormente se percató de que la comprensión intelectual de las propias motivaciones no es suficiente para un cambio.

En la teoría psicoanalítica y en la teoría del aprendizaje, el término insight describe un proceso de percepción y comprensión de conexiones en una forma esencialmente intelectual. En la terapia psicoanalítica se hace referencia a la apreciación racional de la propia conducta y sus fuentes motivacionales.

El término insight está asociado con la teoría del aprendizaje, con la teoría de la Gestalt y la teoría Lewiniana del campo.

Wertheimer (1959) se ha referido con frecuencia al fenómeno de insight como "al ver la luz", pero por lo general lo hace en un sentido estrictamente intelectual y anticipa retadoras ideas acerca de las circunstancias que facilitan o retrasan un aprendizaje

introspectivo.

Los desalentadores resultados de los esfuerzos psicoterapéuticos en que se basaron tales premisas, llevaron a la búsqueda de nuevas conceptualizaciones del término y a la insistencia en que el insight debe ser definido como un "*proceso experiencial*".

Otros autores opinan que sólo el insight emocional y la plena consciencia de la experiencia personal pueden llevar a cambios auténticos y a modificaciones de la conducta.

La búsqueda del insight, como experiencia, es sinónimo de búsqueda de identidad. Al captar su situación interna, la persona experimenta su identidad, comprende quién es y qué es (Sullivan, Jung, Lynd,...).

Rogers (1975) cree que el insight en psicoterapia tiene poco que ver con la comprensión formal y lo describe como consciencia de la experiencia. Plantea la siguiente definición: "*el insight es esencialmente un nuevo modo de percibir*". Este nuevo modo de percibir es tanto el cimiento como el resultado de un nuevo aprendizaje. Y que tiene poco que ver con la representación

tación intelectual.

Lo que favorece el insight es el empleo de lo que él llama "*la técnica primordial*".

Afirma que para adquirirlo es fundamental el desarrollo de la autoaceptación, de la admisión de nuestras propias actitudes, sentimientos y experiencias.

Este profundo amor a sí mismo, semejante al amor por el self del que Fromm (1973) habla tan elocuentemente, es para Rogers el reflejo final del insight.

Los autores que consideran el insight en términos de la experiencia, coinciden con su insistencia de que para acrecentar el respeto propio y la propia estimación es indispensable el conocimiento de sí mismo. No obstante, algunos de ellos han sugerido que la mera capacidad del insight profundo es ya una indicación del crecimiento del propio respeto. Además, dichos autores sostienen que cualquier cambio significativo queda excluido si el paciente ignora estos aspectos de sí mismo que, según se supone, necesitan cambio. Los seres humanos enajenados en el núcleo de sus experienci

cias y actitudes o conscientes de ellas solo de un modo abstracto y normalizadamente intelectual, son incapaces de cambios íntimos, pues para ellos su vida emocional es un espejismo. La capacidad de reaccionar en forma diversa requiere primero y ante todo, el pleno conocimiento por parte del paciente, de sus experiencias y una conciencia íntima de los estímulos a los que reaccionó: requiere que tenga insight.

El insight emocional y la captación introspectiva de la experiencia se dan muchas veces durante prolongados períodos de silencio. Aún cuando el silencio en muchas ocasiones acentúa la resistencia, es evidente que los pacientes luchan con frecuencia durante tales períodos por captar la naturaleza exacta de sus emociones.

Confrontar al paciente con sus actitudes disociadas suscita el insight. Pero el momento de éste, del creciente reconocimiento, puede producirse en cualquier tiempo, en cualquier lugar y no está forzosamente restringido al instante en el que se efectúa la confrontación introspectiva.

El reconocimiento por parte del paciente de todo insight genuino es una prueba innegable de su potencial para crecer, es al mismo tiempo una de las fuerzas primarias que hace que el desarrollo de dicho insight sea muchas veces un proceso lento y penoso. El logro de la consciencia de sí mismo se hace difícil por el sentimiento de vergüenza que acompaña al desarrollo de la identidad y que es producido precisamente por la consciencia de sí mismo. Es la vergüenza por no haber vivido de acuerdo con un acariciado ideal de sí mismo (Lynd, 1961).

Hutchinson (1939, 1940, 1941) mantiene que cualquier insight auténtico, intelectual o nacido de la experiencia representa un acto creador, en el sentido de que cambia, en mayor o menor grado, lo existente. Los insights, explica el autor, amplían no solamente la zona del conocimiento, sino que toda la persona obtiene provecho de ellos. Con su esfuerzo por adquirir un conocimiento significativo, ya sea acerca de sí mismo o de lo que hay fuera de él, en el proceso mismo de esforzarse y lograr nuevas percepciones, el hombre se transforma de modo inevitable.

La consciencia de sí mismo como entidad independiente y única puede producirse solo mediante las yuxtaposiciones, los cambios y el consentimiento de la persona de semejantes modificaciones internas y externas. Pero si los sentimientos de independencia, de unidad y, en este sentido, la sensación de soledad son experimentados como peligrosos, como aterradores, entonces el individuo hará todo lo que pueda para evitar ese solo suceso que estimula la consciencia de sí mismo y de su existencia independiente: se opondrá enérgicamente a desarrollar su insight.

La sensación de "*solitud* " no es, por supuesto, inherentemente idéntica al sentimiento de "*soledad*". Por el contrario, aquél que puede estar solo y que puede soportar la consciencia de su existencia separada es capaz de una auténtica comunión con otros, porque la sensación de estar consciente de sí mismo, la sensación de "*yo soy* ", es la condición necesaria para cualquier encuentro auténtico con otras entidades separadas. Sólo aquellos que se atreven a estar solos y a ser independientes pueden intentar el desarrollo de insight que los penetren a ellos y el medio que les ro

dea. Pero la distinción entre el profundo conocimiento de uno mismo y el conocimiento del medio ambiente es de por sí una distinción ilusoria y artificial. Pues aquellos que se atreven a prestar atención a sí mismos, en este proceso se tornarán inevitablemente conscientes de las realidades cambiantes de su entorno, y la capacidad para prestar auténtica atención a las realidades circundantes implica la buena disposición -el anhelo- de experimentar lo nuevo dentro de uno mismo, al experimentar lo nuevo en torno. Por lo tanto, sólo ese estado interno que Tillich (1962) denomina "*la valentía de ser*" estimula la predisposición del hombre a percatarse de sí y a desarrollar esos insights, que por fuerza le hacen recordar su existencia separada y cambiante.

La prosecución sistemática de esta línea de razonamiento lleva a una reducción parcial, cuando menos, de la dicotomía entre insight intelectual y emocional.

El insight intelectual y el emocional van de la mano, y un verdadero insight intelectual no puede desarrollarse sin una condición emocional esencial dada:

la valentía de soportar la sorpresa. El insight no puede ocurrir cuando la persona no está dispuesta a observarse atentamente ni a establecer, en el curso de su autoinvestigación, una familiaridad íntima con la amplia variedad de sus experiencias. Lo que uno observa ante semejante repulsa no es ni inteligencia ni insight intelectual, sino sólo sus limitaciones baratas: intelectualizaciones y racionalizaciones. Esta observación concuerda con la idea de que la inteligencia auténtica y el insight intelectual auténtico no son ni condiciones indispensables ni vehículos para la psicoterapia, sino que son en realidad indicaciones de que se han producido cambios profundos y nuevas orientaciones. La intelectualización, es la antítesis tanto de la introspección intelectual como de la emocional.

1.5.3 INTELIGENCIA.

La inteligencia expresa la capacidad del ser humano, para utilizar sus conocimientos y experiencias al encontrarse ante situaciones nuevas. Esta capacidad es compleja y depende, entre otras condiciones, de la facultad de retener lo aprendido y recordarlo en

el momento que se necesita.

Un punto fundamental es que en la práctica, no se examina la "inteligencia" sino la conducta inteligente. Abundan las definiciones verbales abstractas, pero cuando se necesitan enunciados con significado práctico, estas definiciones deben dar paso a otras conductuales.

D. Wechsler (1952) define a la inteligencia como *"la capacidad global del individuo para actuar con propósito, pensar racionalmente y manejarse eficazmente en el ambiente que lo rodea"*. No es una función simple sino un complejo de capacidades, que sin ser completamente independientes entre sí, son hasta cierto punto cualitativamente diferenciables.

La inteligencia comprende: la capacidad de aprender, la de razonar, la de resolver problemas y enfrentarse a situaciones nuevas y la de conducirse socialmente en forma adecuada.

Thorndike (1926) distingue tres tipos de inteligencia:

- A) Inteligencia abstracta o verbal (habilidad para usar símbolos).
- B) Inteligencia práctica (habilidad para manipular objetos).
- C) Inteligencia social (habilidad para actuar en relación con otros seres humanos).

Spearman (1931) ha señalado que todas las habilidades intelectuales son función de dos factores: uno general, común a todas las habilidades, y otro específico para cada habilidad. En otras palabras, además de la inteligencia general, hay en cada individuo inteligencias o talentos especiales.

Aunque el problema relativo al papel que juegan la herencia y el ambiente en la determinación de la inteligencia no está resuelto, puede decirse que la inteligencia general y los talentos especiales tienden a correr en familias, que algunos grupos raciales y sociales producen mayor proporción de genios o subnormales que otros. Si bien cierto número de casos de debilidad mental son hereditarios, el ambiente favorece

o dificulta el logro de un desarrollo máximo de la inteligencia. Hasta cierto punto, la educación modifica el desarrollo intelectual pero nunca en un grado que permita hacer de un débil mental un individuo de inteligencia normal o superior.

Spearman (1931) establece el concepto de inteligencia diciendo que ésta consiste en la educación de las relaciones y la educación de correlatos, es decir, la capacidad de cada individuo de establecer relaciones desde las más simples hasta las más complejas.

Thurstone (1947) confiaba en que el análisis factorial fuera útil para integrar el estudio de conductas intelectuales y emotivas.

Varios teóricos, de distintas tendencias, afirman que existe una relación íntima y acaso inextricable entre conducta intelectual y conducta emotiva o tendencias emocionales (Fromm y Hartman, 1955; Hayes, 1962; Wechsler, 1952).

Se tiene la creciente tendencia a explicar las diferencias socioeconómicas y raciales de los grupos en base a variaciones en los sistemas emocionales. Si

guiendo esta tradición, Haggard (1953) escribió sobre pruebas evidentes de que *"el funcionamiento mental no existe en el vacío sino que la estructura motivacional y de la personalidad del individuo, sus actitudes, intereses, necesidades y metas se encuentran íntimamente relacionados con sus procesos mentales, a los que determinan en gran medida"*.

Piaget (1950) a lo largo de su investigación sobre el pensamiento infantil ha elaborado una teoría general sobre el crecimiento mental. Según dicha teoría, la inteligencia adulta, el pensamiento y la acción adaptativa provienen de las primeras coordinaciones sensomotoras de los infantes, en una serie de etapas que se relacionan con la edad. Para él, inteligencia es un continuo proceso de adaptación al medio.

Un paso importante en el estudio de la inteligencia es el método ideado por Binet y Simon (1905), para valorar el desarrollo mental de los niños. Usando este método ha sido posible clasificar a los individuos.

Binet (1902) definió a la inteligencia como: *"la tendencia a tomar y mantener una dirección, la capaci-*

dad de adaptación destinada a obtener la o las metas deseadas y el poder de autocrítica".

Freeman (1962), indica que los conceptos actuales de la inteligencia, se dividen en tres categorías:

1) Los que dan mayor importancia al ajuste o adaptación del individuo a su medio ambiente total, o a aspectos especiales de éste. Si consideramos a la inteligencia como la adaptabilidad mental general a nuevos problemas y nuevas situaciones de la vida, es decir, la capacidad para reorganizar nuestro patrones de conducta, a fin de conducirnos con más eficacia y propiedad ante nuevas situaciones, entonces la persona más inteligente sería aquella que con más eficacia y amplitud fuera capaz de modificar su conducta de acuerdo a las demandas del ambiente, porque tendría un mayor número de posibles respuestas o una gran capacidad de reorganización creativa de la conducta. Así, podría abarcar un campo más amplio y controlar un gran número de situaciones, que le permitieran ampliar su área de actividades en mayor grado que aquellas personas que carecieran de estos atributos.

2) Las que subrayan la capacidad individual para aprender o beneficiarse por medio de la experiencia. De acuerdo con esto, la inteligencia de una persona es tá en función del grado en que sea "educable", es decir, que se encuentre en mejor disposición y capacidad de aprender, por lo que su rango de experiencia y acti vidad será mayor.

3) Los que subrayan la capacidad para llevar a cabo el pensamiento abstracto; es decir, el empleo efectivo de símbolos numéricos y verbales. En consecuencia la habilidad de manejar el pensamiento contribuye a la habilidad de las personas para adaptarse a situaciones nuevas o cambiantes ya que a través de los símbolos nos es factible trabajar, sin gasto inútil de tiempo y esfuerzo acerca de un problema, solamente por ensayo y error. Nuestro comportamiento es tá dirigido a ordenar, evaluar y manejar experiencias pasadas, a fin de proyectar nuestro pensamiento hacia el futuro. Mediante el empleo de símbolos y abstracciones, el hombre incrementa su línea de conducta con siderablemente, y es capaz de ajustarse a extender sus horizontes y trascender la situación inmediata con creta y específica.

O. Fenichel (1966) indica que un apreciable porcentaje de los casos denominados de debilidad mental, resultan ser casos de pseudo-debilidad, condicionados por la inhibición.

La existencia del mecanismo de la inhibición intelectual, puede ser estudiada en cualquier sesión de psicoanálisis caracterizada por la resistencia. Toda inteligencia comienza a presentar señales de debilidad cuando contra ella trabajan motivos de carácter afectivo. Los analistas hablan irónicamente, de "demencia leve por resistencia".

La gente se pone tonta ad hoc, es decir, cuando no quiere comprender, allí donde la comprensión puede producir angustia o sentimiento de culpa, o poner en peligro un equilibrio neurótico establecido. En realidad, las interpretaciones psicoanalíticas no son más que intentos de dar al paciente una visión más clara o de demostrarle ciertas vinculaciones cuando las resistencias dificultan su capacidad de comprensión.

Una de las razones principales por las cuales un yo puede ser inducido a mantener constantemente en estado latente su inteligencia, es la represión de la

curiosidad sexual que puede bloquear el interés normal de conocer y de pensar. A menudo la curiosidad sexual inhibida está en relación con una intensa escoptofilia inconsciente o se halla íntimamente ligada a impulsos sádicos. La "estolidez" consiguiente puede representar a la vez una obediencia y una rebelión contra los padres, quienes han hecho objeto al paciente de frustraciones de su curiosidad.

Es muy probable que cierta proporción de " *falta de talento*" se deba, no a una verdadera ausencia de aptitud, sino a una inhibición psicogénica especial.

Wera Schmidt (1930) ha expuesto, en un excelente relato, la forma en que los impulsos orales, a través de los eslabones de transición representados por las formas instintivas y sublimadas de la "curiosidad", se transforman en un anhelo de inteligencia y conocimiento.

Siendo que el análisis consiste en hacer que el yo enfrente sus conflictos, aquellos casos en que falta la capacidad de hacer esto no pueden ser analizados. La debilidad mental es una contradicción.

El analista tiene que ser capaz en los casos de "pseudodebilidad", de modificar su técnica en forma tal de lograr un primer contacto con la persona, y usar luego este primer contacto para ampliar las posibilidades del yo.

Aún en los casos de auténtica debilidad mental, donde el psicoanálisis es, por cierto, imposible, el uso dentro del tratamiento de algunas formas de procedimiento analítico, puede resultar factible y provechoso.

1.6 INVESTIGACIONES.

Las ciencias de la conducta humana se han preocupado cada vez más por acrecentar el bienestar del hombre. Esta es una de las causas principales por la cual la investigación en el campo de la psiquiatría y la psicología en los últimos años ha buscado nuevos recursos para obtener un mejor éxito terapéutico.

Existen numerosas investigaciones sobre psicoterapia de las cuales hemos seleccionado, dentro de las más recientes, un número reducido de ellas que consideramos tienen más relación al propósito de nuestro

estudio.

Dentro de éstas encontramos algunas que se enfocan a la selección del método psicoterapéutico y otras que califican o seleccionan al terapeuta.

Un estudio realizado por H. Bachrach (1975) discute cómo un terapeuta debe seleccionar la terapia adecuada para cada paciente, basándose primeramente en la etiqueta diagnóstica asignada a éste. Cada uno de los posibles tratamientos hace ciertas suposiciones acerca de la persona para quien fué prescrito: que pueda soportar la frustración y decepción por un largo tiempo, que tenga la habilidad de recordar reminiscencias desagradables y espantosas y que confíe en que el analista lo tratará con tolerancia y empatía. El tratamiento debe ser, por lo tanto, determinado finalmente por un conocimiento completo de la ansiedad del paciente, sus métodos para manejar el stress, la dotación intelectual, imaginación, flexibilidad, estilo de pensamiento, su captación de la realidad, la imagen de otros y de sí mismo. Se concluye que el tratamiento debería emerger de un diagnóstico basado no sobre la clasificación sino sobre el entendimiento empático.

En los Estados Unidos N. Shainess (1977) dió a conocer su trabajo en el que presenta una revisión de las crisis en la vida de las pacientes durante la práctica clínica en el lapso de un año. Sugiere lo siguiente:

A) La crisis en la vida de la mujer exige consideraciones rápidas, evaluaciones cuidadosas y acción terapéutica inmediata.

B) Estas crisis pueden ser clasificadas como relacionadas al abandono, suicidio o sus equivalentes, pérdida de trabajo, "anclaje" social o fallecimiento, asalto físico, enfermedad seria, transiciones en su desarrollo y función reproductiva, problemas maritales, cambios regresivos y repentina recrudescencia de problemas de la vida temprana y finalmente los relacionados con la vejez.

C) Desde el punto de vista de la dinámica, estas crisis pueden ser reclasificadas en términos del dilema existencial de la mujer, factores que causan repentinas pérdidas del autoestima, asaltos internos y externos como resultado de amenazas de eventos inesperados.

dos.

Se concluye que no puede haber un estilo de tratamiento "rutinario", se enfatiza la sensibilidad especial hacia cambios en la realidad y las expectativas culturales en relación a la mujer.

También en los Estados Unidos, en 1976, A.C. Fenster, C.F. Wiedemann y J. Balkin publicaron su investigación en la cual se examina la relación de variables de personalidad en la elección de un terapeuta.

A 119 alumnos de psicología les mostraron películas de 3 terapeutas prominentes trabajando con el mismo paciente; se les pidió indicar a cual de los 3 seleccionarían si tuvieran que escoger un terapeuta.

A los sujetos se les aplicó una batería de pruebas psicológicas (incluyendo el Inventario de Personalidad de Eysenck, la Escala de Dogmatismo de Rokeach, y la Prueba de Habilidades Mentales de Clasificación Rápida de Otis); se examinaron las diferencias de personalidad relacionadas a la elección del terapeuta.

Los resultados sugieren que la inteligencia y el

autoritarismo son variables relevantes; sujetos más inteligentes y menos autoritarios escogen al terapeuta que tuvo un acercamiento marcadamente racional para la resolución de problemas. Los autores sugieren que este estudio sea aplicado a una situación terapéutica real.

J.D. Van Wyk publicó en 1981 una investigación la cual intentó formular índices válidos para la identificación del potencial del terapeuta que podrían ser usados para propósitos de selección.

El diseño experimental se llevó a cabo con estudiantes universitarios, incluyéndose las siguientes variables que calificaban al terapeuta: autoactualización, dos medidas diferentes de empatía (el Índice de Comunicación de R.L. Carkhuff y la Imposición de Grupo de Rasgos Interpersonales de G. Goodman); inteligencia; y promedio de calificaciones en sus estudios profesionales.

Se encontró una relación significativa entre la clasificación por criterio y la clasificación basada en estos índices de selección.

En un estudio más amplio, dos grupos de terapeutas, clasificados como "eficientes" y "deficientes" diferían significativamente en dos puntos: en la empatía y en el nivel de autoexploración de sus pacientes.

Se concluye que los dos puntos anteriores son los más relevantes en la clasificación del potencial del terapeuta.

R.J. Manthei, R.L. Vitalo y A.E. Ivey, en 1982, compararon el progreso terapéutico de tres grupos asignados al azar (con catorce sujetos cada grupo) de clientes de un centro comunitario de salud mental: (a) clientes que vieron una presentación a base de diapositivas y sonido acerca de todos los terapeutas disponibles y que se les permitió elegir a su propio terapeuta; (b) clientes que vieron la presentación y a los cuales el director clínico del centro les asignó un terapeuta; y (c) clientes que no vieron la presentación y el director clínico les asignó un terapeuta.

No se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos en su reacción inicial hacia la clínica, número de sesiones de terapia, tipo de termi-

nación, severidad de los problemas presentados, satisfacción de los terapeutas con la terapia, calificaciones de "General Well-Being Schedule" y calificaciones de "Current Adjustment Rating Scale".

Análisis más amplios revelaron que tres de cada cuatro clientes habían mejorado significativamente como resultado de la terapia. Se concluye que no existe evidencia en la investigación que muestre la eficacia de la elección del cliente en terapia externa.

Por su parte B. Mook en 1982 estudia el proceso de la psicoterapia infantil por medio de un análisis de las conductas verbales del terapeuta. Se hicieron grabaciones de audio y video de nueve sesiones intermitentes de psicoterapia con dos clientes, niñas de 8 y 12 años; en una cinta maestra se grabaron al azar segmentos de cuatro minutos de las grabaciones originales y se clasificaron por medio de las escalas de Carkhuff en cuanto al entendimiento y respeto empáticos.

Las transcripciones fueron categorizadas posteriormente por medio del Sistema de Categoría de Respuesta Verbal en Consulta, de Hill, y de un arreglo

preliminar de doce variables gramaticales; las transcripciones se fragmentaron a secciones de un minuto de duración, y todas las variables del terapeuta se intercorrelacionaron y analizaron factorialmente.

De acuerdo con las expectativas de la investigación, se encontraron niveles altos de confiabilidades interporcentuales para las escalas de Carkhuff y niveles de acuerdo relativamente altos para el sistema de Hill. Un análisis de las variables del terapeuta mostró la naturaleza de las intervenciones terapéuticas, así como el patrón de cambio a través de sesiones consecutivas de psicoterapia. La conducta de respuesta verbal de cada terapeuta fué sumariada mejor mediante análisis factorial.

Se discuten diferencias comunes e individuales entre los terapeutas y se dan indicaciones para el estudio futuro de las variables del terapeuta en la investigación del proceso de psicoterapia infantil.

También se han efectuado investigaciones orientadas al tratamiento que emplea el terapeuta en función de las diferentes clases sociales.

H. Enke y R. Gollner en Alemania Occidental investigaron estas diferencias en un trabajo publicado en 1971. Estudiaron la relación entre las indicaciones diferenciales teóricas para procedimientos de tratamiento psicoterapéutico y su aplicación práctica en la medicina social de Alemania Occidental.

225 pacientes clínicos de Mainz fueron comparados con 60 de Stuttgart con respecto al número de días de permanencia, procedimiento del tratamiento y número de tratamientos; los datos colectivos de los 225 sujetos de Mainz comparados con 50 de Stuttgart en cuanto a nueve aspectos personales y socioeconómicos; los datos de 41 sujetos de cada clínica en cuanto al número de quejas presentadas; y los datos colectivos de 31 sujetos de cada clínica en cuanto a los resultados de una prueba de inteligencia y del Inventario Personal de Friburg.

Los datos mostraron que la población de pacientes de las dos clínicas eran casi idénticas con respecto a las indicaciones médicas y que los procedimientos de los tratamientos aplicados eran muy distintos. Se concluye que el tipo de tratamiento dado con frecuen-

cia depende más de los factores socioeconómicos (ubicación y tamaño del centro de población) y el tipo de cuidado terapéutico disponible, que de las indicaciones teórico diagnósticas.

Se ha encontrado que los pacientes se seleccionan por clases sociales, como muestra la investigación realizada por B.N. Dows, A.F. Fontana, L.M. Russakoff y M. Harris en 1977; los terapeutas aceptan probablemente más personas de clase media que de clase baja para psicoterapia, y califican a los pacientes de clase media más favorablemente que a los de clase baja. Una explicación es que los pacientes de clase baja no pueden conceptualizar sus experiencias de una manera compatible con los tipos tradicionales de terapia.

Este estudio investigó varias variables cognitivas que podrían teóricamente servir como mediadoras entre la clase social del paciente y las evaluaciones diferenciales del terapeuta, por ejemplo, inteligencia verbal, diferenciación psicológica y locus de control.

Los terapeutas evaluaron a 18 pacientes masculinos de clase media y a 21 de clase baja después de la sesión inicial de terapia. Los resultados de las esca

las Interna de Levenson, Powerful Others y de Oportunidad, la prueba portátil Rod-and-Frame, y una prueba de vocabulario de opción múltiple indicaron que la diferenciación psicológica fué un mediador para el juicio del terapeuta tanto del deseo del paciente para estructurar como de su adaptabilidad para la psicoterapia. De un modo parecido un locus de orientación de control enfatiza el papel de la oportunidad que funcionó como mediadora del juicio de adaptabilidad por parte del terapeuta.

Las siguientes investigaciones analizan algunos efectos dentro de la psicoterapia.

En 1971 L. Luborsky y otros colegas suyos presentaron un trabajo en el cual revisaron 116 estudios de pronóstico de éxito en psicoterapia individual con pacientes adultos. Los elementos de pronóstico son clasificados como factores del paciente, del terapeuta o del tratamiento; se contaron los elementos significativos y los no-significativos. La mayoría de estos elementos se asocian con factores del paciente y la minoría con los del terapeuta o del tratamiento.

Los factores del paciente que fueron asociados

más a menudo con mejoría son: a) salud psicológica o adecuación del funcionamiento de la personalidad; b) ausencia de tendencias esquizoides; c) motivación; d) inteligencia; e) ansiedad; f) dotación educacional y social; y g) participaciones (estimadas desde las primeras sesiones). Los factores del terapeuta son: a) experiencia; b) patrones de actitud e interés; c) empatía; y d) similitud entre paciente y terapeuta. Los factores del tratamiento revelaron una tendencia principal: el número de sesiones.

Por otra parte, en 1971, E.R. Sethna y J.A. Harrington publicaron en Inglaterra una investigación en la cual preguntaron en una entrevista estándar a 53 pacientes que habían terminado su tratamiento en grupo acerca de su mejoría, su entendimiento de la psicoterapia de grupo y su evaluación de los aspectos del régimen y de otras terapias que hubieran recibido.

Los sujetos se clasificaron por su mejoría comparada con las expectativas; los terapeutas clasificaron la mejoría de los pacientes y ésta mostró que aquellos que tenían mayor entendimiento del proceso psicoterapéutico fueron los que más mejoraron. Los pacientes

considerados más adecuados para la terapia debido a su edad, inteligencia, nivel de ansiedad, motivación, etc., fueron también los que desarrollaron un mayor entendimiento del proceso. La adecuación del paciente para la terapia parece ser más importante para el progreso que la elección del terapeuta o del grupo. La opinión de los supervisores fué que la incorporación de drogas o cualquier otro tratamiento físico no produce tratamientos más cortos o más exitosos.

H. H. Strupp en su estudio publicado en 1974 presenta las condiciones esenciales para los cambios psicológicos que son aplicables tanto a terapias psicoanalíticas como a tratamientos de comportamiento. Se discuten tres condiciones: la creación de una relación de ayuda moldeada a modo de una relación padre-hijo; la creación de una base de poder de la cual el terapeuta influye en el cliente a través de las técnicas psicológicas comunes; y un cliente con la capacidad de obtener beneficios de la experiencia.

Para obtener beneficio de la terapia se supone que el cliente tiene un cierto grado de inteligencia, una habilidad para ver sus sentimientos y su comporta-

miento objetivamente, una buena voluntad para soportar y/o revivir experiencias dolorosas, así como el tiempo, el dinero y la paciencia. Se hace contraste de la terapia con la crianza de niños y el problema de cómo los controles externos son transformados en internos es visto como uno de los temas básicos de la psicoterapia.

Otro investigador, en Alemania Occidental, H.O. Badura nos presenta su estudio, realizado en 1976, en el que discute y pesa factores relacionados con la psicoterapia y pronóstico de neurosis, usando análisis factorial y de trayectoria. Los sujetos fueron 20 pacientes con neurosis fóbicas, síndromes histéricos, neurosis depresivas y esquizoides, y desórdenes psicósomáticos. Se realizó una entrevista inicial basada en principios psicoanalíticos y se administraron varias pruebas psicológicas, incluyendo las Escalas de Neuroticismo y Extroversión del Inventario de Personalidad de Eysenck, el Inventario de Personalidad de Freiburg, la prueba de Rorschach y la forma abreviada de la prueba de Hawie.

Se obtuvieron nueve variables de estas pruebas y

se correlacionaron para todos los pacientes y se analizaron factorialmente; se produjo mediante este proceso cuatro variables y utilizando el análisis de trayectoria se computó el peso de estos factores, incluyendo el buen éxito terapéutico.

Los resultados mostraron que una motivación consciente para el tratamiento con psicoterapia, la inteligencia y los criterios del pronóstico psicoanalítico tuvieron la influencia más importante en el éxito terapéutico.

También en Alemania Occidental A. Franke (1977) comparó dos grupos de 31 sujetos cada uno; uno recibió terapia de grupo centrada en el cliente y otro terapia individual. Los resultados mostraron cambios conductuales constructivos durante un estudio de seguimiento; los sujetos de terapia de grupo mostraron mejoría en las calificaciones de inteligencia después del tratamiento. Independientemente del tratamiento los hombres reportaron más mejoría que las mujeres. Se emplearon cuestionarios escritos y análisis factorial para obtener los datos y los resultados.

En Los Angeles California, K.S. Pope, N.H. Simpson y M.F. Weiner en 1978 mencionan lo siguiente: la práctica negligente dentro de la psicoterapia en pacientes ambulatorios brota básicamente de un rompimiento entre las relaciones entre terapeuta y paciente, por lo cual los pacientes buscan desagravio, demandando abuso de confianza, diagnóstico inadecuado, falta de aviso previo, conducción inapropiada de la psicoterapia, falta de información y consentimiento previo, falla en la consulta o abandono, o falla en el compromiso, en la supervisión y represión. La conciencia adecuada de estas posibilidades puede evitar muchas acciones de prácticas negligentes.

J.W. Maxwell y J. Wilkerson en 1982 presentaron un estudio en el que se investigan los efectos de la terapia racional de grupo para promover el pensamiento racional y las emociones automejoradas entre 24 estudiantes universitarios. A cada sujeto se le administró el Cuestionario de 16 Factores de Personalidad antes y después del período terapéutico como una medición. Los resultados revelaron que algunos aspectos de la personalidad son afectados por la terapia racional de grupo, mientras que otros aspectos no son afec-

tados.

Otras investigaciones recientes se enfocan a la inteligencia relacionada con la psicoterapia; a continuación presentamos algunas de ellas.

En Alemania Occidental, en 1971, R. Gollner publicó sus estudios acerca de la inteligencia. Se administró la prueba de Matrices Progresivas de Raven (PMP) - sin tiempo límite- y la prueba de Estructura de Inteligencia de Amthauer (PEI) a 39 pacientes internos bajo tratamiento psicoterapéutico. Fueron probadas las siguientes hipótesis: a) ambas pruebas miden el mismo tipo de inteligencia; b) los resultados de la prueba de Raven muestran niveles de inteligencia promedios altos; c) en la prueba de Raven los sujetos con depresión, compulsión y neurosis de ansiedad obtienen niveles más altos que sujetos con histeria y neurosis fóbicas.

Los resultados mostraron que: a) la correlación ($R = .54$) entre las dos pruebas fué relativamente baja, lo cual indica que las pruebas no miden el mismo tipo de inteligencia; b) la prueba de Raven produjo valores medios significativamente más altos; y c) hubo una con

siderable diferencia entre los sujetos con diferentes diagnósticos en la prueba de Raven pero no en la de Amthauer.

R.A. O'Connell, J.M. Golden y Ch. J. Semonsky trabajaron con adolescentes y su estudio, de 1972, es el siguiente: se analizaron expedientes de 50 sujetos a los que se ofreció psicoterapia de grupo durante su hospitalización psiquiátrica. Los resultados muestran que los que asistieron a dos sesiones o menos tendieron a tener CI bajo del normal, destreza verbal pobre, comportamiento de acting-out, y hospitalizaciones previas frecuentes, comparados con los sujetos que permanecieron 10 o más sesiones. De los sujetos que tuvieron terapia de grupo la mayoría tendía a tener situaciones familiares pobres.

En Brasil, R. Lucia Moto do Prado investigó, en 1980, los efectos de la psicoterapia en niños; la realizó con dos tipos de niños excepcionales -"deficientes" y "bloqueados" mentales- los cuales fueron etiquetados previamente como "deficientes mentales", investigando el efecto de la psicoterapia en la inteligencia y personalidad de los sujetos.

Se les administró la prueba de Matrices Progresivas de Raven y el Rorschach para evaluar la inteligencia y personalidad antes y después (seis meses) de la terapia de juego en grupo, en la que las madres de los sujetos participaron en grupos de orientación.

Los resultados indicaron que los sujetos "deficientes" mejoraron en su trato personal aunque no se observaron cambios en inteligencia. Se observó una baja en los resultados del Raven en los sujetos "deficientes" del grupo de control. Los sujetos "bloqueados" mostraron mejoría positiva en la prueba de Raven; sin embargo, este grupo mantuvo los mismos niveles iniciales altos en la prueba de Rorschach y mostró mejoría en algunos factores relacionados con la adaptación afectiva y con la habilidad para percibir detalles. Los sujetos de mayor edad, especialmente del grupo "deficientes", tuvieron resultados más bajos en la prueba de Raven tanto antes de la terapia como después de ella.

En Inglaterra L.F. Lowenstein, M. Meza y P.E. Thorne presentaron un estudio en 1983. La muestra incluye 30 sujetos entre los 8 y los 16 años de edad,

con CIs de 73 a 130, emocionalmente perturbados, y con bajo rendimiento. Se asignaron a tres grupos experimentales que recibieron diferentes tratamientos en una comunidad terapéutica; de ellos, 10 sujetos control, seleccionados al azar, asistieron a sesiones de repaso en la principal corriente educativa.

El grupo 1 fué orientado a educación individual, el grupo 2 a tratamiento psicológico y el grupo 3 a una combinación de educación individualizada y tratamiento psicológico. Se hicieron valoraciones antes y después del experimento en estabilidad emocional (escala de Neuroticismo del Inventario de Personalidad de Eysenck); inteligencia (WISC); cocientes de lectura, deletreo y matemáticas; aspiraciones vocacionales; y satisfacción con la vida.

Todos los grupos experimentales mostraron mejora significativa en todos los criterios valorados. El grupo 3 mejoró más en todos los criterios excepto en satisfacción y aspiraciones vocacionales. Los sujetos control mostraron un deterioro en todos los criterios pero no a un nivel significativo.

Las siguientes investigaciones se refieren a la permanencia de pacientes en psicoterapia y al problema de deserción.

En 1970 M.D. Guerello presentó su estudio; la enfermedad de un niño es vista como la expresión de la enfermedad en el grupo familiar, por lo tanto, las razones para abandonar el tratamiento pueden ser de cuatro tipos: a) cuando el grupo niega la enfermedad del niño y la necesidad de un terapeuta; b) cuando el grupo se siente tan destruido que la falta de esperanza causa el final del tratamiento; c) cuando el grupo percibe al terapeuta como un perseguidor y al niño como la parte amenazada; y d) cuando el grupo percibe tanto al terapeuta como al niño como perseguidores, sus mecanismos defensivos no son suficientes, y el temor a la aniquilación hace que detengan el tratamiento.

Otro estudio, realizado por A.I. Gallo en Argentina en el año de 1971, plantea que la gran mayoría de pacientes que abandonan la terapia de grupo son neuróticos "predestinados" por lo que su neurosis no puede ser modificada con la terapia de grupo. Se sugieren modificaciones para la selección de pacientes.

O.S. English en 1971 publicó su estudio en el que alienta al terapeuta a examinar sus sentimientos concernientes hacia los pacientes que toman vacaciones durante la terapia. Esto no solamente repercute en una disminución del ingreso del terapeuta sino que también puede engendrar sentimientos de pérdida o deserción.

En Brasil se publicó en 1971 una investigación de H. Fiorini, en la que se sugiere un esquema para la primera entrevista en psicoterapia a corto plazo, enfatizando la importancia de este primer contacto con el terapeuta para determinar la continuidad o el abandono de la terapia. El esquema incluye la obtención de información, diagnóstico, aclaración del problema, especificación de las expectativas mutuas concernientes al tratamiento, reforzamiento de la motivación y contrato.

Otra aportación, de H.A. Ferrari y A. Marticorena data de 1971; es una investigación con diversas variables (sexo, edad, estado civil, fuente de referencia, y diagnóstico) en el cumplimiento de la psicoterapia de tiempo limitado contratado (12 sesiones, una o dos veces por semana) con 68 pacientes. Se encontró

que el 55 % de los sujetos completaron el tratamiento, incluyendo: a) sujetos casados, de edad media, con educación más alta, con quejas crónicas, una familia desintegrada, y referidos desde fuera de la institución; b) sujetos con sesiones de tratamiento una vez por semana en lugar de dos veces por semana; y c) la pareja heterosexual médico-paciente.

P.N. Pao, en 1973, publicó una investigación en la que explora la dinámica y la génesis del fenómeno clínico de la huida defensiva, como resultado de sentimientos de separación y de abandono, de un objeto "malo" -a menudo el terapeuta- a un objeto "bueno" que representa una imagen por la cual el paciente había tenido anteriormente sentimientos positivos. La posibilidad de la mala identificación de la huida por parte del terapeuta y las repercusiones serias de esto son discutidas.

Por su parte, M.V. Seeman llevó a cabo un estudio en Toronto, en 1974, en el que argumenta que los pacientes abandonan la psicoterapia cuando la interacción entre paciente y terapeuta se aproxima a las condiciones existentes en la familia en el momento en que

el paciente abandonó el hogar.

Pacientes dependientes de padres sobreprotectores abandonan la terapia para evitar la experiencia sofocante de la adolescencia; pacientes esquizofrénicos que funcionan como parte de una unidad simbiótica abandonan la terapia, usualmente para recaer, cuando la simbiosis con el terapeuta es interrumpida; pacientes obsesivos que han sido abrumados por escrúpulos y obligaciones en sus hogares abandonan el tratamiento cuando el hecho de continuarlo parece ser una obligación moral; pacientes de padres rechazantes dejan la terapia cuando se sienten rechazados; pacientes cuyos padres parecen desempeñar ciertos roles abandonan la psicoterapia cuando se sienten presionados por el terapeuta a actuar esos mismos roles.

Se plantea que el terapeuta puede prevenir una terminación prematura de la terapia anticipándose a las señales cruciales en la terapia de cada uno de los pacientes, e interpretando la huida de la terapia con respecto a la experiencia que tuvo el paciente al abandonar el hogar.

M.P. Koss en 1979 examinó la duración del trata-

miento para todos los clientes (N=100) vistos en psicoterapia durante 1975 por siete terapeutas para determinar la frecuencia relativa de la psicoterapia a largo plazo (> 25 sesiones) en comparación con las de corto plazo (≤ 25 sesiones).

Los clientes eran jóvenes, de clase media, inteligentes y con perturbaciones que iban de leves a moderadas. La mediana de la duración del tratamiento fue de ocho sesiones; el 80 % de los clientes abandonó el tratamiento antes de 25 sesiones. Este descubrimiento es también válido para las instituciones públicas.

Los resultados reafirman la necesidad de una investigación y desarrollo de técnicas de tratamiento a corto plazo diseñadas para utilizar efectivamente el breve tiempo, que aún los clientes privados, dedican a la psicoterapia.

P.J. Carpenter y L.M. Range (1982) analizaron las calificaciones de terapeutas en las escalas de Ideología de Salud Mental Comunitaria (ISMC) y de Valores Democráticos (VD) además de sexo y afiliación profesional, para pronosticar el número de visitas terapéuticas de 166 pacientes.

Un análisis de regresión múltiple por etapas indicó que todas las variables tomadas juntas contaban para el 3% de varianza en la duración del tratamiento. Un análisis de varianza de cuatro vías reveló solamente un efecto principal significativo para la escala ISMC. Así, los terapeutas con bajas calificaciones en esta escala tenían significativamente más sesiones de terapia con sus clientes que aquellos terapeutas con altas calificaciones en la misma.

Consistentes con su orientación comunitaria, los terapeutas con calificaciones altas en la escala ISMC pueden valorar accesos a tratamientos más breves que esforzarse en recursos externos y prevención primaria. Tal vez la interacción cliente-terapeuta en la relación terapéutica y/o consideraciones institucionales tienen más impacto en la duración de la psicoterapia que las variables solas del terapeuta.

En 1982 F.A. Kelner intentó pronosticar la terminación prematura de la psicoterapia en pacientes ambulatorios. Este asunto ha sido un problema constante para los terapeutas de todo el mundo. En un esfuerzo para identificar a los pacientes potenciales de terminación prematura, Jochim (1974) examinó los artículos

del Cuestionario de Historia Social y su capacidad para diferenciar a los pacientes (N=103) que terminaron prematuramente el tratamiento, de aquellos que permanecieron en él.

El resultado fué un instrumento de 23 artículos con el que era posible identificar correctamente al 91 % de los que permanecieron y al 92 % de los que terminaron prematuramente.

El propósito de esta investigación era determinar las posibilidades de generalizar la escala TP (Terminación Prematura) de Jochim; utilizando las calificaciones abreviadas recomendadas, el 50 % de los sujetos fué clasificado imprecisamente o no se clasificaron. La mejor calificación abreviada para esta muestra produjo una tasa de error del 36.9 %.

Los datos de permanencia en psicoterapia pueden ser obtenidos de dos maneras: uno, revisando los expedientes clínicos para determinar el tiempo de permanencia en el tratamiento (por ejemplo, Fiester & Rudestam, 1975), otro, mediante encuestas donde se pregunta a las personas si alguna vez han consultado a un especialista en salud mental, y si la respuesta fuese afirma-

tiva, durante cuánto tiempo o cuántas sesiones (por ejemplo, las Estadísticas del Centro Nacional para la Salud Mental, en los Estados Unidos, 1966).

Garfield revisó ambos tipos de estudios y reportó una mediana de duración del tratamiento de seis sesiones, con un 66 % de clientes que abandonan el tratamiento alrededor de la décima sesión. Por lo tanto, la psicoterapia a largo plazo parece ser un caso raro en las instituciones de tratamiento psicoterapéutico investigadas hasta esta fecha (M.P. Koss, 1979).

La terminación prematura de la psicoterapia ha sido un problema continuo para los centros de salud mental. En los últimos 25 años el porcentaje de deserción ha sido estimado entre el 50% y el 60% en la cuarta sesión terapéutica (Borghi, 1968; Haddock & Mensh, 1957; Kelner, en prensa; Rogers, 1960). Clínicos y administradores se han preocupado por esta dedicación de tiempo y energía que no han producido resultados positivos visibles.

En un esfuerzo por identificar a pacientes que abandonan prematuramente el tratamiento, los investigadores han usado una gran variedad de variables psicoló

gicas y sociales: el MMPI (Borghi, 1968; Sullivan, Miller & Smelser, 1958), el indicador de tipo Myer-Briggs (Mendelsohn & Geller, 1967), la prueba de Completar Enunciados del Estado de Michigan (Hiller, 1959), la prueba de Rorschach (Affeck & Mendick, 1959), clase social (Brandt, 1965; Imbert, Nash, & Stone, 1955), nivel educativo (Garfield, 1971) y etnicidad (Nielsen, 1973).

Ninguno de los instrumentos o variables ha demostrado una capacidad significativa para seleccionar a los pacientes que abandonan prematuramente el tratamiento (Kelner, 1982).

La mayoría de los estudios que han investigado la permanencia en psicoterapia y el MMPI han fallado en encontrar una relación entre ambos (Borghi, 1968; Dodd, 1970; Sullivan, Miller & Smelser, 1958). Aún las relaciones poco significativas que han sido reportadas (Taulber, 1958; Wolff, 1967) no han sobrevivido a una validación cruzada (Dodd, 1970).

A continuación presentamos cuatro investigaciones realizadas muy recientemente, sobre el pronóstico de la permanencia en psicoterapia utilizando las esca

las del MMPI, investigaciones que han obtenido resultados muy interesantes.

D.A. Davis y J.C. Widseth en 1977 investigaron la utilidad de la elevación combinada de las escalas de Depresión y de Psicastenia del MMPI como un elemento de pronóstico de la solicitud de ayuda psicológica, en dos generaciones de estudiantes de una pequeña universidad de artes liberales exclusiva para varones.

Los porcentajes de uso del servicio de consulta durante los cuatro años de estancia en la universidad para todos los estudiantes que obtuvieron calificaciones $T=60$ o más en ambas escalas del MMPI ($N=83$), fueron comparados con los porcentajes de todos los demás estudiantes ($N=269$).

Los estudiantes del grupo que tuvo puntajes altos en Depresión y Psicastenia fueron significativamente más propensos en solicitar consulta durante su primer año en la escuela que los otros estudiantes ($p < .05$). Entre los estudiantes que fueron atendidos en consulta, los del grupo de puntajes altos en esas escalas del MMPI también hicieron significativamente más visitas al servicio ($p < .05$).

La aplicación de una regla de Bayes permite decir que un estudiante de esta muestra, con puntajes altos en las escalas 2 y 7 del MMPI, tenía más probabilidades de solicitar consulta en cualquier momento de su carrera.

M.P. Koss en 1980 investigó las características que pronostican la permanencia a largo plazo en la práctica psicoterapéutica privada. El estudio fue llevado a cabo en una clínica psicológica privada, con un equipo de 9 terapeutas experimentados y autorizados. Los clientes a largo plazo fueron aquellos que permanecieron 25 sesiones o más ($N=64$, \bar{X} sesiones = 47) y los clientes a corto plazo fueron seleccionados al azar entre los que asistieron a menos de 25 sesiones, ($N=88$, \bar{X} sesiones = 7). Todos los clientes eran bien educados, de clase media a alta, y con perturbaciones que iban de leves a moderadas. Los datos para el estudio se obtuvieron completamente de los expedientes de los clientes.

Las variables demográficas (edad, sexo, estado civil, CI, educación y ocupación) y de diagnóstico (diagnóstico basado en DSM-II, problema principal presentado) fueron obtenidos para propósitos de compara-

ción de la muestra. Las variables elegidas para investigación en este estudio consistieron de dos variables del tratamiento: una, si el paciente contaba o no con seguro médico; dos, el uso de medicamentos durante la psicoterapia, ya que en una investigación previa (Koss, 1979) se habían encontrado más asociadas con los clientes a largo plazo que con los clientes a corto plazo. Así también los datos psicométricos (puntuajes T en las escalas de validez y clínicas del MMPI, aplicado antes de la terapia, con corrección K) y disponibles de 40 clientes a corto plazo y de 30 clientes a largo plazo.

Los resultados con respecto a las variables del tratamiento indicaron que los clientes a largo plazo fueron más propensos en tomar medicamentos psicoactivos durante la terapia y más propensos en contar con seguro médico, que los clientes a corto plazo. Además, los clientes a largo plazo tuvieron también puntajes más bajos en la escala K (Defensividad sutil) ($t=2.11$, $p < .05$) que los clientes a corto plazo.

El primer análisis de regresión reveló que en ausencia de los datos del MMPI la variable de seguro médico contribuyó significativamente al pronóstico de

la permanencia lo mismo que los medicamentos. Estas dos variables juntas contaron para el 14% de la varianza total; sin embargo, cuando los datos psicométricos se agregaron a las variables del tratamiento y se corrió un segundo análisis de regresión solamente las escalas 2 y 0 del MMPI contribuyeron al pronóstico del número de sesiones. Estas variables juntas contaron para el 30 % de la varianza.

G.D. Walters, G.S. Solomon y V.R. Walden intentaron en 1982 pronosticar la permanencia terapéutica, medida por el número total de sesiones asistidas, con el MMPI. Los pacientes con alta permanencia fueron definidos como aquellos que asistieron a seis o más sesiones, mientras que los de baja permanencia fueron los que asistieron a menos de seis sesiones.

Los datos para este estudio fueron obtenidos de los expedientes clínicos de la Clínica Psicológica del Tecnológico de Texas. Solamente los expedientes de pacientes ambulatorios entre las edades de 18 a 55 años a los que se les administró el MMPI al inicio del tratamiento fueron considerados.

Los sujetos fueron 360 pacientes ambulatorios fe

meninos (180 con alta permanencia, 180 con baja permanencia) y 204 pacientes ambulatorios masculinos (102 con alta permanencia y 102 con baja permanencia). Todos los grupos se dividieron en mitades iguales para permitir una validación cruzada de las tres funciones discriminantes separadas: una para hombres, otra para mujeres y una para la muestra completa (hombres + mujeres). La validación cruzada reveló que solamente la función discriminante para hombres logró una precisión de clasificación (60%) mayor que la esperada por la casualidad.

La relación entre permanencia y el MMPI parece ser más fuerte en los sujetos masculinos que en los femeninos. Aunque no todas las correlaciones fueron significativas, la tendencia para los hombres parece estar en que las escalas clínicas se correlacionan positivamente con la permanencia, mientras que las dos escalas de validez que se pensó medían defensividad (L y K) se correlacionan negativamente con la permanencia.

Una serie de correlaciones biserials indicaron que los hombres con alta permanencia tendían a ser menos defensivos cuando experimentaban mayor angustia y que

las mujeres con alta permanencia tendían a ser más introvertidas y menos impulsivas en relación con sus respectivas contrapartes de baja permanencia.

Un estudio efectuado en México por O. Rivera y L. Rodríguez en 1982, intentó aportar un elemento de tipo pronóstico acerca de la permanencia en terapia, mediante el análisis de la personalidad y del rendimiento intelectual de pacientes ambulatorios universitarios, a través de la prueba de Dominós y las escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI.

Se estudiaron 89 casos de universitarios atendidos entre 1973 y 1980 en un Centro de Servicio Psicológico. La mayoría de ellos fueron hombres, con edad promedio de 22 años, inteligencia término medio (Rango III), con puntajes T dentro de la normalidad en la escala K, y elevados en las escalas 2, 7 y 0 del MMPI, manifestando como principal motivo de consulta estados depresivos en mayor o menor grado (29.21%). La permanencia en psicoterapia fue de 8 sesiones en promedio y el 50% de las asistencias menores o iguales a 5.

Se realizó un Análisis Estadístico de Regresión Múltiple en 31 etapas, considerando todas las posi-

bles combinaciones de las cinco variables independientes: puntaje bruto de Dominós, puntajes T de las escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI, con respecto a la variable dependiente, el número de sesiones asistidas.

Resultaron significativas solamente dos de las regresiones: puntaje de la escala 2 del MMPI, y puntaje de Dominós-escala 2 del MMPI, con las cuales es posible pronosticar el número de sesiones con una confiabilidad del 75%.

Con anterioridad mencionamos que existe una cantidad muy grande de investigaciones relacionadas con la psicoterapia, realizadas en diferentes países del mundo, en diferentes idiomas, llevadas a cabo por investigadores interesados en el mejoramiento de ésta.

Sin embargo, nos abocamos a las más recientes y dentro de ellas seleccionamos las que a nuestro criterio estaban más relacionadas con nuestra investigación.

Estamos concientes que la investigación es producto de la inquietud del ser humano por superarse, por encontrar solución a los problemas existentes, por encontrar nuevos caminos, nuevas técnicas que sirvan co-

mo base a nuevas investigaciones.

Nuestro propósito ha sido enunciar éstas para darlas a conocer sin ser objeto de discusión, ni de comparación con otras, ya que cada una representa un esfuerzo y una aportación a la ciencia de la conducta.

CAPITULO II

METODO

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En los últimos años la humanidad ha mostrado gran interés para incrementar en general el bienestar del hombre. La práctica psicoterapéutica que se da en Instituciones de Salud Mental ha seguido la misma tendencia, y esto se debe básicamente a que cada vez es más numerosa la cantidad de personas que reconocen la imperiosa necesidad de recibir tratamiento psicológico.

Ya en 1919, Freud previó la posibilidad de que las técnicas psicoanalíticas no bastarían para satisfacer las demandas de la comunidad en materia de salud mental. Predijo la creación de clínicas con personal adecuado y entrenado en el análisis y advirtió también que los psicoanalistas necesitarían *"hallar la expresión más simple y natural de las doctrinas teóricas"*.

La posibilidad de que se generen nuevos conocimientos en relación a la naturaleza humana y/o algunos de los fenómenos que alteran sus procesos mentales, su personalidad o su conducta, justifica plenamente la promoción y el desarrollo de la investigación.

La aplicación del conocimiento derivado de la

teoría y de la investigación en beneficio de los pacientes, es la esencia y la definición de lo que las ciencias de la conducta humana pueden ofrecer.

La idea de realizar este trabajo surgió al revisar investigaciones hechas anteriormente.

Una de ellas en 1977, en la que Davis y Widseth relacionaron las escalas 2 y 7 altas ($T \geq 60$) del MMPI con una mayor solicitud de ayuda terapéutica por parte de los sujetos.

Koss en 1980 exploró a través de qué características se podía predecir la búsqueda de ayuda psicoterapéutica a largo plazo en la práctica privada utilizando el MMPI. Encontró que las escalas 2 y 0 altas, y K baja, contribuyen a la predicción del número de sesiones.

En 1981 Rivera y Rodríguez realizaron un estudio que intentó aportar un elemento de tipo pronóstico acerca de la permanencia en terapia; resultaron significativas solamente dos de las regresiones: puntaje de la escala 2 del MMPI, y el puntaje del Test de Anstey (Dominós 48) con la escala 2 del MMPI.

Walters, Solomon y Walden, en 1982, también trataron de predecir la permanencia en terapia utilizando el MMPI en grupos de hombres y de mujeres por separado. Únicamente se pudo pronosticar la permanencia en terapia para el grupo de hombres en el que la mayoría de las escalas del MMPI estaban altas y la escala K baja.

En base a los resultados arrojados por estas investigaciones nos formulamos la siguiente pregunta:
¿ Qué pasaría si reunimos estas escalas del MMPI (K, 2, 7 y 0) y el rendimiento intelectual?

Sin embargo, deseábamos ir un poco más adelante y pensamos en qué sucedería, si además de utilizar las escalas antes mencionadas, se clasificara la población en diferentes grupos de patología.

Es aquí donde surge nuestra Hipótesis Conceptual:

- Es posible pronosticar la permanencia en Psicoterapia en una forma específica para cada grupo de patología a través del rendimiento intelectual y de algunos elementos de la personalidad.

Esperamos poder pronosticar a través del rendimiento intelectual y de algunos elementos de la personalidad (escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI), la permanencia en Psicoterapia de pacientes de diversos grupos de patología, basándonos en los hallazgos encontrados en las investigaciones anteriormente mencionadas.

Formulamos así las siguientes Hipótesis de Trabajo:

$H_{A1} \dots H_{AN}$ Es posible encontrar un modelo matemático que pronostique la permanencia en Psicoterapia en cada grupo de patología a través del Test de Anstey (Dominós 48) y las escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI.

$H_{O1} \dots H_{ON}$ No es posible encontrar un modelo matemático que pronostique la permanencia en Psicoterapia en cada grupo de patología a través del Test de Anstey (Dominós 48) y las escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI.

Hipótesis Estadística.

Es posible encontrar un modelo:

$$Y = b_1x_1 + b_2x_2 + \dots\dots\dots b_nx_n + b_0$$

Donde:

x_1 = Puntaje del Test de Anstey (Dominós 48).

x_2 = Escala K del MMPI.

x_3 = Escala 2 del MMPI (Depresión).

x_4 = Escala 7 del MMPI (Angustia).

x_5 = Escala 0 del MMPI (Introversión-Extrover-
sión).

Y = El número de sesiones a las cuales asiste un paciente antes de dejar la terapia.

$b_{1..0}$ = Coeficiente de Regresión.

2.2 VARIABLES.

VARIABLES Independientes de Pronóstico

Puntaje del Test de Anstey (Dominós 48)

Puntaje en la Escala K del MMPI

Puntaje en la Escala 2 del MMPI (Depresión)

Puntaje en la Escala 7 del MMPI (Angustia)

Puntaje en la Escala 0 del MMPI (Introversión-Ex-
troversión)

Variables Independientes de Diagnóstico (Grupos de Patología)

- GRUPO 1 Estados de Ansiedad (300)
- GRUPO 2 Histeria (300.1)
 Hipocondria (300.7)
- GRUPO 3 Estado Fóbico (300.2)
 Trastorno Obsesivo-compulsivo (300.3)
- GRUPO 4 Depresión Neurótica (300.4)
- GRUPO 5 Trastornos de la Personalidad (301)
- GRUPO 6 Trastorno Paranoide de la Personalidad (301.0)
 Trastorno Esquizoide de la Personalidad (301.2)
- GRUPO 7 Trastorno Afectivo de la Personalidad (301.1)
 Trastorno Asténico de la Personalidad (301.6)
 Otros Trastornos de la Personalidad (301.8)
- GRUPO 8 Trastorno Anancástico de la Personalidad (301.4)
- GRUPO 9 Trastorno Histérico de la Personalidad (301.5)
- GRUPO 10 Psicosis (290-299)
- GRUPO 11 Desviaciones y Trastornos Sexuales (302)
- GRUPO 12 Síndrome de la Dependencia al Alcohol (303)
 Dependencia de las Drogas (304)

GRUPO 13 Reacción Aguda ante gran Tensión (308)
Reacción de Adaptación (309)

GRUPO 14 Epilepsia (345)

Variable Dependiente

Número de Sesiones

Variables Extrañas

Se consideran como variables extrañas que pudieran sesgar los resultados de esta investigación:

Sexo

Edad

Escolaridad

Aplicación del Test

Terapeuta

2.3 PROCEDIMIENTO.

Esta investigación se llevó a cabo en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, perteneciente a la Facultad de Medicina de la UNAM, el cual presta servicio gratuito a la comunidad universitaria.

Se revisaron los expedientes de enero de 1981 a abril de 1982; para el propósito del estudio fueron útiles únicamente 237, ya que reunían los siguientes requisitos: pruebas psicológicas y diagnóstico médico.

De las pruebas psicológicas se tomó el puntaje de rendimiento intelectual del Test de Anstey (Dominós 48), los puntajes con K agregada de las escalas del MMPI, específicamente K, 2, 7 y 0.

El diagnóstico médico sirvió como base para clasificar a la población en 14 grupos de diferente nosología.

Se contó el número de sesiones de consulta psicoterapéutica a las que asistió cada paciente.

Se tomó en cuenta si el paciente había sido dado de alta, remitido a grupo, si continuaba en tratamiento individual o había desertado.

Otros datos que se recabaron fueron los siguientes: edad, sexo, nivel de escolaridad universitaria y Facultad de procedencia.

Para poder manejar todos estos datos ordenadamente se diseñaron formas especiales de vaciado.

2.4 SELECCION DE LA MUESTRA.

Nuestra población está constituida por 237 sujetos que fluctúan de los 15 a los 40 años de edad, todos ellos estudiantes de la UNAM, 100 mujeres y 137 hombres. (Remítase a las gráficas 1, 2 y 3).

Esta muestra quedó distribuida en 14 grupos nosológicos de acuerdo al diagnóstico estipulado previamente por el psiquiatra, el cual está basado en los criterios establecidos por la OMS. (Remítase al cuadro No. 1).

2.5 DESCRIPCION DE INSTRUMENTOS.

TEST DE ANSTEY (DOMINOS 48): Es una prueba de rendimiento intelectual apoyada en la Teoría Bifactorial de Spearman, que sostiene la presencia del factor "G" o factor de "Energía Mental" y de factores específicos en los procesos intelectuales.

El Dominós es una prueba no verbal diseñada

por Anstey (1944) con el propósito de valorar la capacidad del sujeto para establecer relaciones y correlatos en 48 series de dibujos de fichas de dominós.

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA, (MMPI). Es una de las pruebas que más apoyo tiene en lo que se refiere a investigación práctica. Fue construido por S.R. Hathaway y J. McKinley durante la década de los treinta (basados en los trabajos hasta entonces desarrollados por Binet), para atender necesidades prácticas de evaluación de personalidad en poblaciones psiquiátricas.

El MMPI es un instrumento diseñado para proporcionar las características más importantes de la personalidad. Se utiliza para lograr una separación objetiva entre personas mentalmente sanas y enfermas o con rasgos y tendencias más o menos patológicas. Se emplea también para la selección de personal en instituciones industriales, militares y educativas.

Este inventario cuenta con una base matemática estadística sólida, que permite reconocer el grado de validez de cada una de las escalas desarrolladas. Además es un instrumento autodescriptivo valioso. En es-

te sentido se le puede considerar una técnica con excelentes bases psicométricas y hasta cierto punto, bastante proyectiva.

2.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.

A continuación se describen las Variables Independientes de Pronóstico.

TEST DE ANSTEY (RENDIMIENTO INTELECTUAL). Para este autor, inteligencia significa producción de relaciones y correlatos, es decir, la capacidad para establecer relaciones abstractas.

ESCALA K DEL MMPI, Rivera, O. (1984), indica que la escala K está compuesta por reactivos que se refieren a la tendencia a no reconocer la propia problemática. Y es fundamentalmente en este sentido que debe ser interpretada.

Además, la escala K contribuye como factor de correlación de la prueba al elevar las puntuaciones de cinco escalas clínicas (1, 4, 7, 8 y 9), que son las más sensibles de ser distorsionadas por esta tendencia.

Cuando K resulta elevada, su interpretación se relaciona con la exageración de una actitud de reserva en la auto descripción, en la que la persona intenta mostrarse capaz de enfrentar y resolver sus problemas por sí misma, resistiéndose con frecuencia a las sugerencias terapéuticas e inclusive dificultando la entrevista, al restar importancia a sus problemas. En consecuencia, no siente que le suceda nada importante o en especial y piensa también, que en caso de tener que enfrentar una situación de conflicto, sabría como hacerlo.

El puntaje reducido en la escala K indicará las características opuestas. Es decir, la sensación de estar incapacitado para enfrentar y resolver por sí mismo sus problemas y la vivencia de una situación sumamente conflictiva.

Frecuentemente, puntajes de la escala K, que no sobrepasen el nivel de T70, se relacionan con la posibilidad de encontrar una adecuada capacidad de insight.

Se puede decir que la elevación o disminución de los puntajes de K, también se asocian con el contexto

en que se aplique el inventario.

ESCALA 2 DEL MMPI (DEPRESION). El término depresión describe el conjunto de características que se relacionan con los sentimientos de inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa, que pueden ser parte de un gran número de síndromes psicopatológicos. Es por esto, que la escala hace referencia a características asociadas a otros elementos de la personalidad y de la problemática del sujeto.

En consecuencia, las diferencias de la interpretación de esta escala dependerán tanto de su elevación, como de su relación con las demás del perfil.

Si el puntaje de la escala 2 no sobrepasa de T70, pero es la más importante del perfil, se puede interpretar como la presencia de marcados sentimientos de inseguridad, ante una actitud de autocrítica.

Al elevarse la escala (+ de T70, - de T80), a la inseguridad se suman sentimientos de pesimismo hacia las propias actividades, las capacidades y las metas, convirtiéndose entonces la autocrítica en el fundamento de una actitud derrotista y aprehensiva, especial-

mente frente a situaciones difíciles.

La tendencia a la elevación de la escala (T80 a T90) indicará la aparición de sentimientos de culpa, además de las características antes mencionadas.

En este caso, se hacen notables, la reducción de la energía, la falta de motivación y la pérdida general del interés, al igual que la consecuente lentificación.

La disminución en el puntaje de la escala puede interpretarse, fundamentalmente, como la reducción de la autocrítica del sujeto ante su propia descripción.

Podría considerarse que resulta difícil obtener puntajes bajos en esta escala, ya que cuantitativamente, los estudios transculturales y en especial, los que se han realizado en México, demuestran una importante tendencia a la elevación de la media estadística de los grupos, (aproximadamente, la media de los grupos mexicanos, hombres y mujeres es superior en cinco puntos en bruto, a la media norteamericana), por lo que hipotéticamente puede considerarse que la escala tenderá a elevarse por un factor cultural.

Es conveniente tener esto en cuenta, ya que la interpretación que se haga puede resultar en cierta forma distorsionada por este factor, ya que en general, al elaborarse el perfil se utiliza la forma comercial, basada en las cifras de los grupos normativos de la población de Minnesota.

En consecuencia, puede decirse que los puntajes bajos indican la actitud del individuo por esforzarse en aparecer seguro, firme y decidido. Esto se observa principalmente cuando se aplica bajo presión sin la suficiente motivación del sujeto, reflejándose su necesidad de ocultar los aspectos más vulnerables de su personalidad.

También es necesario recordar que la escala es sensible a los cambios de la situación afectiva real del individuo. En este punto, se debe aclarar que para conseguir una posible diferenciación de las características de los elementos depresivos, será necesario observar la relación de la escala 2, con el resto de las escalas del perfil. Se puede considerar que cuando esta escala aparece elevada en "pico", resultando las demás moderadamente bajas, sería adecuado interpre

pretarla como una reacción depresiva ante algún estímulo real que la pueda estar ocasionando.

En cambio, cuando la escala se eleva en combinación con otras, los elementos depresivos que indica, se pueden entender como una forma más frecuente y constante del individuo para reaccionar ante las situaciones críticas.

En la medida que el puntaje sea más alto, la escala pondrá de manifiesto las características de la persona a reaccionar con sentimientos depresivos y a prolongar éstos bastante más de lo que dura el estímulo que los ocasiona.

ESCALA 7 DEL MMPI (ANGUSTIA). El término Psicatenia tiene un uso poco frecuente en la Psicología Clínica Moderna. Dentro del MMPI, la escala se refiere, cuando es elevada en su puntaje, a la angustia con que un individuo enfrenta los diversos estímulos de la vida.

En este sentido, puede considerarse, en relación a la dinámica de la personalidad, como un "termómetro de la angustia".

En puntajes elevados en esta escala, las características principales de la persona, podrían ser: incapacidad para tomar decisiones rápidas, actitudes de exigencia hacia sí mismo y en ocasiones, hacia los demás; reducción en la tolerancia hacia las propias fallas o a las de otros, la búsqueda de patrones pre-estructurados de comportamiento, la delimitación precisa y marcada de las situaciones que se tienen que enfrentar, tratando de reunir el máximo de seguridad antes de actuar, la meticulosidad, la tendencia de perfeccionismo y a reaccionar ante fragmentos de estímulos, generalizando la respuesta en forma inadecuada.

Si la escala está moderadamente elevada (que no sobrepase a T70), puede indicar un adecuado nivel de angustia, que con frecuencia es el resultado de una actitud crítica frente a la vida, que permite al sujeto ser conciente de sus fallas, sus problemas y sus posibles causas, llevándolo a tratar de modificarlos.

Si el nivel de la escala aumenta, la angustia se exagera notablemente, apareciendo entonces los mecanismos y la conducta que acompañan al pensamiento obsesivo, principalmente una exagerada utilización de la in-

telectualización y de la racionalización.

Es frecuente que al encontrar esta escala alrededor de T80 el sujeto se sienta bastante inconforme con sus características, asumiendo una actitud de competencia hacia los demás, que él mismo plantea, con el fin de alcanzar los rasgos de un "yo ideal" que se ha prefijado como la pauta de su autoconcepto.

Las relaciones interpersonales de los sujetos con la escala 7 elevada, pueden ser bastante problemáticas, ya que por exigencia y falta de tolerancia con frecuencia rechazan a los demás y son también, poco tolerados por otros, experimentando sentimientos de soledad.

La disminución en los puntajes de esta escala, indican muy posiblemente, una falta de valoración de las experiencias, con la consecuente imposibilidad de cambiar pautas de comportamiento que pudieran llegar a ser problemáticas para el sujeto. Es decir, en estos casos puede considerarse disminuída la capacidad de insight y la consecuente angustia que se ocasiona ante el reconocimiento de la propia conflictiva.

Es común encontrar puntajes bajos en esta escala, cuando la prueba se aplica bajo presión, sin la suficiente motivación de la persona.

ESCALA 0 DEL MMPI (INTROVERSION-EXTROVERSION). Esta escala fué desarrollada por Drake en 1949, posterior al estudio de la normalización de las nueve escalas clínicas más utilizadas en el MMPI.

La escala 0 no hace referencia a ningún aspecto de alteración de la personalidad; más bien fué elaborada con el fin de encontrar las tendencias de la persona para identificarse con características, que en la terminología se agrupan bajo los nombres de Introversión-Extroversión.

Cuando el puntaje de la escala es elevado, la interpretación se hace en el sentido de los rasgos que definen la Introversión; esto es, describe al individuo como alguien con tendencias a reflexionar acerca de sí mismo y en consecuencia, con la posibilidad de lograr un buen insight. De ninguna manera, se puede inferir que existan tendencias al aislamiento o problemas de importancia para establecer relaciones interper

sonales.

La puntuación elevada, principalmente indicará la posibilidad de la persona de poder conocer su situación problemática y las causas que la pueden estar produciendo.

Esta característica debe ser entendida a favor de un buen pronóstico en el proceso psicoterapéutico.

En general, la comunicación de estas personas, puede aparecer un poco restringida, sin embargo, una vez que se establece esta comunicación, puede llegar a ser bastante profunda.

Los puntajes reducidos para la escala 0, se interpretan dentro de las características de la Extroversión. Es decir, la persona tenderá a ser superficialmente comunicativa, con más interés en las situaciones del medio ambiente que lo rodea, que en aspectos internos; aparenta ser dinámica, activa y convencionalmente ajustada a las situaciones sociales.

Se puede pensar que las personas con un puntaje bajo en la escala 0, tienden a explicar sus problemas,

a través de situaciones externas y de las experiencias de otros, pero sin conseguir establecer una adecuada relación causa-efecto, en sus conflictos. Con frecuencia, dan la impresión de buscar que sea el ambiente externo el que cambie, sin conseguir percibir su propia responsabilidad en sus conflictos.

Por esta razón, es posible hablar de una reducción en la capacidad de insight y de una comunicación aparentemente abierta pero muy superficial.

COMBINACIONES DE LAS ESCALAS DEL MMPI.

COMBINACION DE LAS ESCALAS 7 y 0. Se puede decir que la persona vive la ansiedad como el motor que la lleva a tratar de reflexionar acerca de sus problemas y las causas de éstos, encontrándose entonces, una mejor capacidad de insight y una mayor posibilidad de éxito en el intento psicoterapéutico.

Relaciona la presencia de la ansiedad con una actitud de autorreflexión, por lo que puede considerarse como elemento importante para hablar de un pronóstico favorable, aún cuando no sea la más elevada del perfil y se encuentren elevadas otras escalas que indiquen la

existencia de algún problema severo de la personalidad.

Cuando esta combinación es la más elevada del perfil, se puede pensar, que los conflictos de la persona están siendo vividos con mucha intensidad y ansiedad, pero al mismo tiempo, con un buen grado de objetividad lo que facilita la ayuda psicoterapéutica.

COMBINACION ESCALAS 0 y 7 DEL MMPI. Se encuentran en esta combinación, los mismos elementos que se señalan en la anterior.

Se puede decir que existen algunas diferencias en la organización psicodinámica, ya que en estos casos, la reflexión sobre sí mismo, los problemas y sus causas, producen una fuerte angustia, que con frecuencia lleva a la elaboración de nuevos y más fuertes mecanismos de defensa.

Esta combinación, generalmente, se observa en casos que requieren de una ayuda psicoterapéutica más inmediata, por la fuerte ansiedad, con que, al parecer, se están viviendo las experiencias de conflicto, observadas por el propio sujeto.

De cualquier forma, también constituye, aunque no sea la combinación más elevada del perfil, un indicador de un pronóstico favorable en la psicoterapia.

COMBINACION ESCALAS 7 y 2 DEL MMPI. Esta es una de las combinaciones más frecuentes en la organización de las escalas del MMPI. Se caracteriza principalmente por la presencia de ansiedad que da lugar al aumento de los sentimientos de inseguridad, minusvalía y culpa.

De esta forma, la persona se muestra muy rígida y perfeccionista consigo misma, con tendencia a exagerar la importancia de sus fallas, por lo que aumentan los sentimientos de inseguridad y minusvalía.

Se puede considerar que cuando los puntajes de ambas escalas no son muy elevados, los niveles de auto crítica son adecuados y la persona, aunque no consiga integrar sus fracasos, tiende a valorar en forma más objetiva sus experiencias y es capaz de rectificar oportunamente sus errores.

Sus relaciones interpersonales, están matizadas por una constante ansiedad y por el temor de ponerse

en desventaja frente a los demás, a los que en general, en alguna forma ve como superiores.

COMBINACION DE LAS ESCALAS 2 y 7 DEL MMPI. Las características de la personalidad que agrupa esta combinación, se pueden considerar muy semejantes a las descritas para la combinación 7, 2. Sin embargo, en este caso, los elementos de inseguridad son más importantes y dan lugar a frecuentes manifestaciones de depresión, al sentir la frustración de no alcanzar las propias metas o no cubrir las propias expectativas.

Se puede decir entonces, que el pesimismo es una característica importante de la personalidad y que el sujeto se angustia mucho ante la exagerada importancia que da a sus fracasos, considerándose siempre inferior y devaluado.

ESCALAS CONTROLADORAS DEL MMPI.

El aspecto cualitativo del Inventario debe ser entendido en base a los elementos clínicos y psicodinámicos que proporcionan cada una de las escalas y de las combinaciones en las que se encuentran relaciona-

das. En este punto es conveniente tener en cuenta que todas las escalas del perfil tienen relación entre sí, además de la configuración que se pueda observar con la clave.

Es por esto que, otros elementos para la interpretación, pueden ser aspectos intrínsecos del significado de las escalas. Al combinarse unas escalas con otras, en el mismo perfil, adquieren una fuerza de "control" o de "activación", que puede hablar del pronóstico o de la severidad de la problemática del sujeto.

ESCALA K: Ya que ofrece datos acerca de la sensación que tiene el sujeto para resolver por sí mismo sus problemas.

ESCALA 2: Esta escala puede considerarse como un control interno, fundamentado en sentimientos de inseguridad y culpa, que tienden a frenar las descargas impulsivas.

ESCALA 3: Su nivel presenta las características de un control de tipo externo, a través de la necesidad de la persona de ser aceptada socialmente.

ESCALA 7: El nivel de la escala 7 indica el mon tante de ansiedad que vive el sujeto. Este aspecto puede ser tomado también como un elemento de control sobre descargas impulsivas.

ESCALA 0 ELEVADA: Se puede considerar como la forma de control más adecuada, ya que esta escala es indicadora de la capacidad de autorreflexión sobre la experiencia propia y permite una valoración más objeti va y realista de las acciones.

Dentro de estas escalas controladoras se encuentra la escala 3, que no fué considerada para el planteamiento de las hipótesis de este trabajo, ya que hace referencia a un tipo de control externo y no al reconocimiento de la problemática (insight) que pudiera provocar una motivación más auténtica para el cambio dentro de la psicoterapia.

Dentro de este mismo criterio, entre las escalas que funcionan como "activadoras" se encuentra también la escala 0 disminuída.

ESCALA 0 DISMINUIDA: Por los elementos de re-

ducción en la capacidad de autorreflexión, que limitan la posibilidad de anticipar la consecuencia de las acciones.

En la elaboración del reporte de la interpretación del MMPI, pueden considerarse varios indicadores, entre los cuales se encuentra:

El pronóstico en psicoterapia, debe ser considerado principalmente en relación al tipo de problemática de la persona y a su capacidad de insight. En este punto, se puede hablar de un mejor pronóstico, en la medida en que las escalas K, 2, 7 y 0, tienden a aparecer elevadas.

A continuación se describen las Variables Independientes de Diagnóstico, basadas en la Clasificación de la O.M.S. (9a. revisión).

TRASTORNOS NEUROTICOS (300)

La distinción entre neurosis y psicosis es difícil y sigue siendo materia de debate; sin embargo, se mantiene en vista de su extendido uso.

La neurosis es un trastorno mental, sin base orgánica demostrable, en el cual el paciente puede tener una introspección considerable y una apreciación de la realidad no alterada ya que, en general, no confunde sus experiencias subjetivas mórbidas y fantasías con la realidad externa. El comportamiento puede estar afectado en extremo, aunque por lo común permanece dentro de límites socialmente aceptables, pero la personalidad no está desorganizada. Las manifestaciones principales son: ansiedad excesiva, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivcompulsivos y depresión.

GRUPO 1 ESTADOS DE ANSIEDAD (300.0) 17 SUJETOS.

Combinaciones variadas de manifestaciones físicas y mentales de ansiedad no atribuible a peligro real; que se presentan ya sea a manera de crisis o bien como un estado persistente. La ansiedad es generalmente difusa y puede llegar al pánico. Pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no obstante no dominan el cuadro clínico.

Ataque	} de pánico	Estado (neurótico)	} de ansiedad
Estado		Neurosis	
		Reacción	

Excluye: neurastenia (300.5)
 trastorno psicofisiológico (306.0)

GRUPO 2 HISTERIA (300.1) 6 SUJETOS

Trastorno mental en el que se produce ya sea una estrechez del campo de la conciencia o bien una alteración de la función motriz o de la sensorial, por motivos de los cuales la persona no tiene conciencia y que parecen tener valor simbólico o ventaja psicológica. Puede caracterizarse por fenómenos de conversión o por fenómenos disociativos. En la forma de conversión, el síntoma principal o único consiste en la alteración psicógena de alguna función corporal, v.g. parálisis, temblor, ceguera, episodios convulsivos. En la variedad disociativa, el hecho más notable es la restricción del campo de la conciencia que parece servir a un propósito inconsciente, y que generalmente es seguido o va acompañado por amnesia selectiva. Puede haber cambios dramáticos de la personalidad esencialmente superficiales, que a veces se manifiestan en forma de fu

gas (estados de vagabundeo). El comportamiento puede imitar una psicosis o más bien, la idea que el paciente tiene acerca de una psicosis.

Astasia-Abasia histérica	Neurosis de compensación
Estado disociativo	Personalidad múltiple
Histeria:	Reacción (de):
SAI	conversión
de conversión	disociativa
	Síndrome de Ganser histérico

Excluye: anorexia nerviosa (307.1)
 personalidad histérica (301.5)
 reacción:
 ante gran tensión (308.0)
 de adaptación (309.0)
 trastorno psicofisiológico (306.0)

HIPCONDRIA (300.7)

Trastorno neurótico cuya característica sobresaliente es la preocupación excesiva por la salud propia en general o por la integridad y el funcionamiento de alguna parte del propio cuerpo o, con menos frecuencia, de la propia mente. Usualmente está asociada con

Excluye: estado de ansiedad (300.0)
fobia obsesiva (300.3)

TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVO (300.3)

Estados cuyo síntoma sobresaliente es un sentimiento de compulsión subjetiva que debe ser resistido -para efectuar alguna acción, persistir en una idea, recordar una experiencia o rumiar acerca de un asunto abstracto. Los pensamientos no deseados que se entrometen, la insistencia de las palabras o ideas, las reflexiones o cadenas de pensamientos, son percibidas por el paciente como inapropiadas o carentes de sentido. La idea obsesiva o perentoria es reconocida como ajena a la personalidad pero proveniente de dentro de sí mismo. Las acciones obsesivas pueden adquirir un carácter casi ritual con el fin de aliviar la ansiedad, v.g. lavarse las manos para combatir la contaminación. Las tentativas para desechar los pensamientos que no son bienvenidos pueden conducir a una lucha interna más acentuada con ansiedad intensa.

Neurosis anancástica

Neurosis compulsiva

GRUPO 4 DEPRESION NEUROTICA (300.4) 70 SUJETOS

Trastorno neurótico caracterizado por depresión desproporcionada que se reconoce generalmente como consecutiva a una experiencia aflictiva; no comprende entre sus características las ideas delirantes ni las alucinaciones y, a menudo, hay preocupación por el trauma psíquico que precedió a la enfermedad, v.g.. pérdida de una persona querida o de una propiedad. Es frecuente que se manifieste también ansiedad; por consiguiente, los estados mixtos de ansiedad y depresión deberían ser incluidos en esta subcategoría. La diferencia entre neurosis depresiva y psicosis deberá hacerse no sólo con base en el grado de depresión sino también por la presencia, o ausencia, de otras características neuróticas y psicóticas y además teniendo en cuenta el grado de alteración del comportamiento del paciente.

Depresión:
 ansiosa
 reactiva

Estado neurótico depresivo
Reacción depresiva

Excluye: depresión SAI (311)
psicosis maniaco-depresiva (298.0)
reacción de adaptación con síntomas depresivos (309.0)

GRUPO 5 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (301) 12 SUJETOS

Patrones de conducta inadaptada, profundamente arraigados, que casi siempre se reconocen en la etapa de la adolescencia o antes y continúan durante la mayor parte de la vida adulta, aunque con frecuencia se vuelven menos obvios en la edad media o en la vejez. La personalidad es anormal ya sea en el equilibrio de sus componentes, su calidad y expresión, o en el aspecto total. A causa de esta desviación o psicopatía el paciente sufre o hace sufrir a otros y hay un efecto adverso sobre el individuo o la sociedad. Incluye lo que algunas veces se denomina personalidad psicopática, pero si ésta se determina primariamente por el mal funcionamiento del cerebro, no debe ser clasificada aquí sino como uno de los síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos (310). Cuando el paciente exhibe una anomalía de la personalidad directamente relacionada con su neurosis o su psicosis, como por ejemplo, personalidad esquizoide y esquizofrenia, o bien perso

nalidad anancástica y neurosis obsesivocompulsiva, se debe diagnosticar además la neurosis o la psicosis per tin en tes que se muestren en evidencia.

Neurosis del carácter.

GRUPO 6 TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD (301.0)

12 SUJETOS.

Trastorno de la personalidad en el que hay excesiva sensibilidad ante los contratiempos y ciertas circun stan cias como humillaciones y desaires, una tendencia a distorsionar la experiencia por la elaboración errónea de acciones de otros que, siendo neutras o ami gables, se interpretan como hostiles o desdeñosas y un sentido combativo y tenaz acerca de los derechos perso nales. Puede haber propensión a los celos o un sentido excesivo de la importancia propia. Tales personas pueden sentirse desesperanzadamente humilladas o vícti mas de acciones de alguien que ha aprovechado o tomado ventaja de su situación; otras, también sensibles en exceso, son agresivas e insistentes. En todos los ca sos hay una excesiva autorreferencia.

Personalidad:	Rasgos paranoides
fantástica	Trastorno paranoide de la per-
paranoide	sonalidad

Excluye: esquizofrenia paranoide (295.3)
 estados paranoides (297.0)
 paranoia alcohólica (291.5)
 reacción paranoide aguda (298.3)

TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD (301.2)

Trastorno de la personalidad en el que el individuo se retrae de los contactos afectivos, sociales o de otro tipo, y demuestra una preferencia autística por la fantasía y la reserva introspectiva. El comportamiento puede ser ligeramente excéntrico o indicar que se evitan las situaciones competitivas. La frialdad y el desapego aparentes pueden enmascarar la incapacidad para expresar los sentimientos.

Excluye: esquizofrenia (295.0)

hay poca capacidad para el deleite.

Personalidad: Personalidad pasiva

dependiente

inadecuada

Excluye: neurastenia (300.5)

OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD (301.8)

Personalidad:

excéntrica

inmadura

Personalidad:

pasivoagresiva

psiconeurótica

GRUPO 8 TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD

(301.4) 11 SUJETOS.

Trastorno de la personalidad caracterizado por sentimientos de inseguridad personal, duda e insatisfacción que conducen a ser excesivamente concienzudo, terco, cauto y receloso. Puede haber pensamientos o impulsos insistentes y no deseados que no llegan a la gravedad de una neurosis obsesiva. Hay perfeccionismo, precisión meticulosa y una necesidad de comproba-

ciones repetidas como tentativas para asegurar la perfección. La rigidez y la excesiva duda pueden ser sobresalientes.

Personalidad compulsiva

Personalidad obsesiva.

GRUPO 9 TRASTORNO HISTERICO DE LA PERSONALIDAD (301.5)

19 SUJETOS.

Trastorno de la personalidad caracterizado por afectividad superficial e inestable, dependencia de otras personas, ansia de apreciación y atención, teatralidad y propensión a ser sugestionable. A menudo hay inmadurez sexual, v.g.. frigidez o bien respuesta excesiva a los estímulos. Sometida a la tensión emocional la persona puede desarrollar síntomas histéricos (neurosis).

Personalidad histriónica

Personalidad psicoinfantil

Excluye: neurosis histérica (300.1)

GRUPO 10 PSICOSIS (290-299) 12 SUJETOS.

Trastorno mental en el cual el menoscabo de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o para mantener un adecuado contacto con la realidad. No es un término exacto ni bien definido. Excluye el retraso mental. En este grupo se incluyen todos los siguientes.

OTRAS PSICOSIS ORGANICAS (CRONICAS). (294.8)

Estados que satisfacen los criterios requeridos para ser calificados como psicosis orgánicas pero que no toman la forma de un estado confusional (293.0), de una psicosis de Korsakov no alcohólica (294.0) ni de una demencia (294.1).

Estados psicóticos orgánicos mixtos para paranoides y afectivos.

Psicosis epiléptica SAI
(codifique también 345)

Excluye: Trastorno leve de la memoria que no llega al de la demencia (310.1).

PSICOSIS ESQUIZOFRENICA (295).

Grupo de psicosis que presenta un desorden fundamental de la personalidad, una distorsión característica del pensamiento, con frecuencia un sentimiento de estar controlado por fuerzas ajenas, ideas delirantes que pueden ser extravagantes, alteración de la percepción, afecto anormal sin relación con la situación real y autismo. No obstante, en general, se conservan la capacidad intelectual y la claridad de la conciencia. El trastorno de la personalidad compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal su sentimiento de individualidad, singularidad y autodirección. El paciente cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y puede desarrollar ideas delirantes para explicar que existen fuerzas, naturales o sobrenaturales, que influyen en sus actos o pensamientos en forma generalmente estrambótica. El esquizofrénico se ve como el eje de todo lo que sucede. Son frecuentes las alucinaciones, sobre todo las auditivas; el paciente oye voces que hacen comentarios acerca de él o se dirigen a él. La percepción se altera frecuentemente de otras maneras; puede haber perplejidad; hechos sin

trascendencia los convierte en muy importantes y, acompañados por sentimiento de pasividad, pueden conducir al individuo a creer que las situaciones diarias y los objetos corrientes poseen un significado especial, generalmente siniestro dirigido contra él. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia, los aspectos periféricos y baladíes de un concepto total, inhibidos en una actividad mental normal, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y apropiados para la situación. Así, el pensamiento se vuelve vago, gramaticalmente elíptico, oscuro, con rupturas e interpolaciones frecuentes en la hilación, y la expresión hablada es algunas veces incomprensible. El paciente puede estar convencido de que un agente extraño está robando sus pensamientos. El ánimo tiende a ser superficial, caprichoso e incongruente. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad pueden manifestarse por inercia, negativismo o estupor. Puede haber catatonía. El diagnóstico de "esquizofrenia" solo debería hacerse cuando durante la misma enfermedad son evidentes los trastornos característicos del pensamiento, del ánimo, de la conducta o de la personalidad, de preferencia en por lo menos dos de estas esferas. El diagnóstico no de-

berá estar restringido a los trastornos que siguen un curso prolongado, crónico o deteriorante. Además del diagnóstico basado en los criterios expuestos, debe hacerse el esfuerzo para especificar una de las siguientes subdivisiones de la esquizofrenia de acuerdo con los síntomas predominantes.

Incluye: esquizofrenias de los tipos descritos en 295.0 - 295.9, que ocurren en los niños.

Excluye: autismo infantil (299.0)
esquizofrenia de tipo infantil (299.9)

TIPO PARANOIDE (295.3)

Forma de esquizofrenia en la que el cuadro clínico es dominado por ideas delirantes relativamente estables que pueden estar acompañadas de alucinaciones. Con frecuencia las ideas delirantes son de persecución pero pueden tomar otro aspecto (por ejemplo: de celos, nacimiento ilustre, misión mesiánica o cambio corporal). Es posible la presencia de alucinaciones y comportamiento errático; en algunos casos la conducta se trastorna seriamente desde el inicio de la enfermedad;

el desorden del pensamiento es notorio y puede presentarse aplanamiento afectivo con ideas delirantes y alucinaciones fragmentarias.

Esquizofrenia parafrénica

Excluye: Parafrenia, estado paranoide involutivo (297.2)
paranoia (297.1)

ESQUIZOFRENIA LATENTE (295.5)

No ha sido posible producir una descripción universalmente aceptable de este trastorno. Aunque no se recomienda para su uso general, se da una descripción para quienes la consideren útil: un estado con comportamiento excéntrico o inconsecuente acompañado de anomalías del afecto que dan la impresión de esquizofrenia aunque no se han manifestado los característicos desórdenes esquizofrénicos ni en el presente ni en el pasado.

Los términos de inclusión muestran que este es el mejor lugar para clasificar otras variedades, mal definidas, de esquizofrenia.

Esquizofrenia:	Esquizofrenia pseudopsicopática
marginal	Reacción esquizofrénica latente
prepsicótica	
prodrómica	
seudoneurótica	

Excluye: personalidad esquizoide (301.2)

TIPO ESQUIZOAFECTIVO (295.7)

Psicosis en la cual se mezclan pronunciadas características maníacas o depresivas con manifestaciones esquizofrénicas y que tiende hacia la remisión sin dejar defecto permanente, pero que es propensa a la recidiva. Este diagnóstico debe establecerse sólo cuando son marcados tanto los síntomas afectivos como los esquizofrénicos.

Esquizofrenia cíclica	Psicosis:
	esquizoafectiva
	esquizofreniforme tipo
	afectivo
	mixta esquizofrénica y
	afectiva.

PSICOSIS AFECTIVAS (296)

Trastornos mentales, por lo general recurrentes, en los que hay una alteración grave del ánimo (compuesta casi siempre por depresión y ansiedad pero que también se manifiesta como alborozo y excitación) acompañada de uno o más de los siguientes síntomas o signos: ideas delirantes, perplejidad, perturbación de la actitud hacia sí mismo, trastornos de la percepción y del comportamiento; todo esto de acuerdo con el ánimo prevaiente de la persona (igual sucede con las alucinaciones cuando están presentes). Hay una fuerte tendencia al suicidio. Por razones prácticas también se pueden incluir aquí los trastornos moderados del ánimo si los síntomas encajan justamente dentro de la descripción dada; esto se aplica en particular a la hipomanía moderada.

Excluye: depresión neurótica (300.4)
 excitación reactiva (298.1)
 psicosis reactivodepresiva (298.0)

PSICOSIS MANIACODEPRESIVA, TIPO MANIACO (296.0)

Trastorno mental caracterizado por estado de al-

borozo, o excitación, desproporcionado con las circunstancias que vive el paciente y que varía desde la elevación del estado de ánimo (hipomanía) hasta la excitación violenta casi incontrolable. Son frecuentes la agresión, la ira, la fuga de ideas, la distraibilidad, la alteración del juicio y las ideas de grandeza.

Hipomanía SAI	Psicosis o reacción maniaco-
Manía (monopolar) SAI	depresiva:
Psicosis:	hipomaníaca
hipomaniaca	maníaca
maniaca	Trastorno maníaco

PSICOSIS MANIACODEPRESIVA, TIPO DEPRESIVA (296.1)

Una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares.

Depresión:	Melancolía involutiva
endógena	Reacción maniacodepresiva,
monopolar	tipo depresivo
psicótica	Psicosis depresiva

Excluye: la de tipo circular si hubo algún ataque pre
vio de tipo maníaco (296.3)
depresión SAI (311)

ESTADO PARANOIDE SIMPLE (297.0)

Psicosis, aguda o crónica, no clasificable como afectiva ni como esquizofrenia, que presenta como síntomas principales las ideas delirantes, en especial las caracterizadas por la idea de ser perseguido, sufrir determinada influencia o ser tratado de manera es
pecial. Las ideas delirantes son de tipo notablemente fijo, elaboradas y sistematizadas.

GRUPO 11 DESVIACIONES Y TRASTORNOS SEXUALES (302) 19 SUJETOS.

Inclinación o comportamiento sexual anormal. Los límites y las características normales de la inclinación y del comportamiento sexuales no han sido establel

cidos de manera absoluta en las diferentes sociedades y culturas, pero, en sentido amplio, son de naturaleza tal que sirven para propósitos sociales y biológicos aprobados. La actividad sexual de la persona afectada se dirige primariamente ya sea hacia una persona que no es del sexo opuesto o hacia acciones de carácter sexual no asociadas normalmente con el coito o hacia el coito efectuado en circunstancias anormales. Si el comportamiento anómalo se vuelve evidente sólo durante una psicosis u otra enfermedad mental, la afección deberá ser clasificada bajo la enfermedad principal. Es frecuente que el mismo individuo sufra de más de una anomalía en forma simultánea; en este caso se clasifica la desviación que predomina. Es preferible no incluir en esta categoría a los individuos que ejecutan actos sexuales desviados cuando no existen los medios de satisfacción normal.

HOMOSEXUALIDAD (302.0)

Atracción sexual, exclusiva o predominante, hacia personas del mismo sexo, con o sin relación física. Codifique aquí la homosexualidad, sea que se le considere o no como trastorno mental.

Lesbianismo

Sodomía

Excluye: pedofilia homosexual (302.2)

TRANSEXUALISMO (302.5)

Desviación sexual centrada en la creencia fija de que los caracteres sexuales externos no son los que corresponden a la persona. La conducta resultante se dirige ya sea hacia el cambio de los órganos sexuales por medio de operación quirúrgica o hacia el ocultamiento completo del sexo aparente adoptando el vestido y los modales del sexo opuesto.

Excluye: travestismo (302.3)

TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PSICOSEXUAL (302.6)

Comportamiento que se presenta en preadolescentes de psicosexualidad inmadura, similar al mostrado en la desviación sexual descrita como travestismo (302.3) y transexualismo (302.5). El uso de vestidos del sexo opuesto es intermitente aunque puede ser frecuente, cuando todavía no se ha establecido de manera

fija la identificación con la conducta y la apariencia del sexo opuesto. La forma más común es la del muchacho afeminado.

Excluye: homosexualidad (302.0)
 transexualidad (302.5)
 travestismo (302.3)

FRIGIDEZ E IMPOTENCIA (302.7)

Frigidez: Disgusto o aversión por el acto sexual, de origen psíquico, de suficiente intensidad que conduce a evitar activamente el coito normal o a practicarlo con marcada ansiedad, malestar o dolor. Deberían clasificarse aquí los grados menos graves de este trastorno cuando sean motivo de consulta.

Impotencia: Continua incapacidad debida a causas psicológicas, para mantener una erección que permita llegar a la penetración heterosexual normal y a la eyaculación.

Dispareunia psicógena.

Excluye: falla ocasional o transitoria de la erección
debida a fatiga, ansiedad, alcohol o drogas.
impotencia de origen orgánico
síntomas normales transitorios consecutivos
a la ruptura del himen.

GRUPO 12 SINDROME DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL (303)
6 SUJETOS.

Un estado psíquico y también físico, resultante de la ingestión de alcohol, caracterizado por respuestas del comportamiento y otras, que siempre incluyen la compulsión a beber de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces para evitar el malestar de la abstinencia; puede haber tolerancia aunque ésta podría no estar presente. Una persona puede ser dependiente del alcohol y de otras drogas; si es así, codifique también con la subcategoría pertinente del 304. Si la dependencia está asociada con psicosis alcohólica o con complicaciones somáticas, se deben codificar estas afecciones y la dependencia.

Alcoholismo crónico

Embriaguez aguda en el alcoholismo

Dipsomanía

Excluye: complicaciones orgánicas del alcohol, tales
como:

- cirrosis hepática (571.2)
- epilepsia (345.0)
- gastritis (535.3)
- embriaguez SAI (305.0)
- psicosis alcohólica (291.0)

DEPENDENCIA DE LA DROGA (304)

Un estado psíquico y algunas veces también físico, resultante del uso de alguna droga, caracterizada por respuestas del comportamiento y otras que siempre incluyen la compulsión a tomar la droga de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces para evitar el malestar producido por la abstinencia. Puede o no haber tolerancia. Una persona puede ser dependiente de más de una droga.

Excluye: abuso de drogas sin dependencia (305.0)

GRUPO 13 REACCION AGUDA ANTE GRAN TENSION (308)

10 SUJETOS.

Trastornos transitorios de cualesquier gravedad y naturaleza, que aparecen en individuos sin afección

mental evidente, como reacción a tensión física o mental excepcional, tal como una catástrofe telúrica o una batalla, y generalmente ceden dentro de horas o días.

Delirio de agotamiento Tensión catastrófica
Fatiga de combate

Excluye: reacción de adaptación (309.0)

REACCION DE ADAPTACION (309)

Trastorno leve o transitorio, más prolongado que una reacción aguda ante gran tensión (308.0), el cual se manifiesta en individuos de cualquier edad, aparentemente sin trastorno mental preexistente. Dicho trastorno a menudo está relativamente circunscrito o es específico de una situación determinada; es, en general, reversible y dura sólo unos pocos meses. Por lo común guarda una estrecha relación, en tiempo y contenido, con acontecimientos generadores de tensión, tales como experiencias de la pérdida de un ser querido, de migración o de separación. Las reacciones que persisten más de unos cuantos días y son causadas por ten

sión deben incluirse también en esta categoría.

Excluye: reacción ante gran tensión (308.0)
trastorno neurótico (300.0)

GRUPO 14 EPILEPSIA (345) 9 SUJETOS

La Epilepsia no es considerada una enfermedad mental, por lo tanto su definición no aparece en la clasificación de enfermedades de la OMS. Sin embargo la Epilepsia es considerada en la actualidad no como una entidad patológica, sino como un complejo de síntomas que se caracteriza por episodios periódicos y transitorios de alteración en el estado de la conciencia, los cuales pueden asociarse a movimientos convulsivos y trastornos en el sentimiento, en la conducta, o en ambos.

Fisiológicamente, la Epilepsia puede considerarse como un trastorno en la actividad electrofisiológica de las células del cerebro que producen descargas; trastorno que puede ser producido por una gran variedad de estímulos irritativos que afectan a dichas células y se originan dentro o fuera de ellas. El trastorno fisiológico puede expresarse en forma de:

- a) un cambio en el potencial eléctrico que se registra en el electroencefalograma;
- b) diversos trastornos de la conciencia;
- c) funcionamiento alterado del sistema nervioso autónomo, y
- d) movimientos convulsivos o trastornos psíquicos.

Se desconoce la naturaleza del trastorno en el medio interno, que en la llamada epilepsia idiopática altera la actividad de las neuronas corticales o de la materia gris basal, y precipita una descarga anormal de energía eléctrica en el cerebro; sin embargo, muchos datos sugieren que la anormalidad patofisiológica puede ser una serie de cambios bioquímicos que aumentan la excitabilidad de las neuronas. La epilepsia, por lo tanto, probablemente es más neurógena que psicógena, aunque los factores psicógenos pueden precipitar una crisis en una persona que tiene tendencia a presentarlos.

2.7 TIPO DE INVESTIGACION.

Esta es una investigación Ex post facto y Exploratoria. Ex post facto, dado que es empírica y sistemática, no se tiene control directo de las Variables Independientes, porque sus manifestaciones ya han ocurrido. Se hicieron inferencias acerca de las relaciones entre variables, sin intervención directa, partiendo de variación concomitante de variables independientes y dependientes.

Se dice que es Exploratoria ya que tiene como finalidad descubrir relaciones entre variables, y colocar los cimientos para probar hipótesis posteriores, más sistemáticas y rigurosas.

Los datos se manejaron en base a un análisis estadístico cuyo fundamento teórico es el siguiente:

ANALISIS DE VARIANZA.

La varianza de un conjunto de medidas de variables dependientes puede dividirse en varianza sistemática y en varianza por error. La forma más simple de tal división es: la varianza entre grupos (varianza

experimental) y la varianza dentro del grupo (varianza por error que, cuando se suman, igualan a la varianza total).

La regresión lineal múltiple está muy próxima a la médula de la investigación científica. Es también fundamental en estadística e inferencia, y está estrechamente vinculada a valiosos y básicos métodos matemáticos. Además, desde el punto de vista del investigador, es útil y práctica: realiza bien y eficientemente su teoría analítica.

El análisis de regresión múltiple es una eficiente y sólida técnica de probar hipótesis y obtener inferencias, porque ayuda al científico a estudiar, con relativa precisión, complejas relaciones recíprocas entre variables independientes y una variable dependiente, ayudándole así a "explicar" el presunto fenómeno representado por la variable dependiente.

2.8 DISEÑO ESTADÍSTICO.

De los puntos anteriores se desprende que la investigación consiste fundamentalmente en comprobar lo siguiente:

Si se tienen las variables independientes: Puntaje del Test de Anstey (Rendimiento Intelectual), Puntaje en la Escala K del MMPI, Puntaje en la Escala 2 del MMPI (Depresión), Puntaje en la Escala 7 del MMPI (Angustia) y Puntaje en la Escala 0 del MMPI (Introversión-Extroversión) se podrá pronosticar la permanencia en psicoterapia del Sujeto (medida con el número de sesiones que asiste el Sujeto a psicoterapia), para cada una de las condiciones (14) de diagnóstico que son a la vez también variables independientes de la investigación.

Para manejar estadísticamente esta investigación se siguieron dos etapas:

1. Comparación de cada una de las variables independientes de pronóstico, con las 14 variables independientes de diagnóstico.

Se utilizó un análisis de varianza simple para k muestras independientes, bajo la siguiente hipótesis general:

$$H_{0i}; \mu_{i1} = \mu_{i2} = \mu_{i3} = \dots = \mu_{ik}$$

$$H_{Ai}; \mu_{i1} \neq \mu_{i2} \neq \mu_{i3} \neq \dots \neq \mu_{ik}$$

donde:

$$i = (D, K, 2, 7, 0)$$

$$k = 14 \text{ (grupos de diagnóstico)}$$

También se probó la hipótesis para la variable de pendiente (el número de sesiones):

$$H_0 ; \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \dots = \mu_k$$

$$H_A ; \mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3 \neq \dots \neq \mu_k$$

donde:

$$k = 14 \text{ (grupos de diagnóstico)}$$

2. Análisis de Regresión Múltiple.

Se utilizó el siguiente modelo de Regresión Múltiple Lineal:

$$Y = b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5 + b_0$$

donde:

y = variable dependiente (número de sesiones)

x_1 = Puntaje del Test de Anstey

x_2 = Puntaje de la Escala K del MMPI

x_3 = Puntaje de la Escala 2 del MMPI

x_4 = Puntaje de la Escala 7 del MMPI

x_5 = Puntaje de la Escala 0 del MMPI

Este modelo se aplicó a cada uno de los 14 grupos de investigación.

Para encontrar los valores de b_1, b_2, b_3, b_4, b_5 , b_0 , que son los coeficientes de Regresión, se usó el método de mínimos cuadrados.

De la aplicación del método resultan un sistema de 6 ecuaciones con 5 incógnitas, que serán b_1, b_2, b_3, b_4, b_5 . Este sistema de ecuaciones se resolvió aplicando el método de Gauss-Jordan (a este sistema de ecuaciones se le conoce con el nombre de ecuaciones normales).

El valor del término independiente b_0 se calculó a partir de:

$$b_0 = \bar{y} - b_1\bar{x}_1 - b_2\bar{x}_2 - b_3\bar{x}_3 - b_4\bar{x}_4 - b_5\bar{x}_5$$

Es de esperarse que no todas las variables de pronóstico sean adecuadas al modelo, por lo que es necesario indagar acerca de cual es la mejor combinación de variables de pronóstico para cada grupo de investigación en particular.

Para lograr esto se calcularon todos los posibles modelos de Regresión Múltiple como combinaciones de variables de pronóstico hubiera, es decir, se calcularon los siguientes modelos:

$$y = b_1x_1 + b_0$$

$$y = b_2x_2 + b_0$$

$$y = b_3x_3 + b_0$$

$$y = b_4x_4 + b_0$$

$$y = b_5x_5 + b_0$$

$$y = b_1x_1 + b_2x_2 + b_0$$

$$y = b_1x_1 + b_3x_3 + b_0$$

$$y = b_1x_1 + b_4x_4 + b_0$$

$$y = b_1x_1 + b_5x_5 + b_0$$

$$y = b_2x_2 + b_3x_3 + b_0$$

$$y = b_2x_2 + b_4x_4 + b_0$$

$$y = b_2x_2 + b_5x_5 + b_0$$

$$y = b_3x_3 + b_4x_4 + b_0$$

$$y = b_3x_3 + b_5x_5 + b_0$$

$$y = b_4x_4 + b_5x_5 + b_0$$

$$y = b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_0$$

$$y = b_1x_1 + b_2x_2 + b_4x_4 + b_0$$

$$y = b_1x_1 + b_2x_2 + b_5x_5 + b_0$$

$$y = b_1x_1 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_0$$

$$y = b_1x_1 + b_3x_3 + b_5x_5 + b_0$$

$$y = b_1x_1 + b_4x_4 + b_5x_5 + b_0$$

$$y = b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_0$$

$$y = b_2x_2 + b_3x_3 + b_5x_5 + b_0$$

$$y = b_2x_2 + b_4x_4 + b_5x_5 + b_0$$

$$y = b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5 + b_0$$

$$y = b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_0$$

$$y = b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_5x_5 + b_0$$

$$y = b_1x_1 + b_2x_2 + b_4x_4 + b_5x_5 + b_0$$

$$Y = b_1x_1 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5 + b_0$$

$$Y = b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5 + b_0$$

$$Y = b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5 + b_0$$

El problema es ahora decidir cuál de todos los modelos permite un mejor pronóstico o se ajusta mejor a la variable dependiente.

Esto se logró por medio de la cuantificación para cada uno de los modelos de R^2 (Coeficiente de Determinación); a los modelos que tenían el valor más alto de R^2 se les aplicó posteriormente una prueba de hipótesis para saber si en función del número de sujetos en cada grupo de investigación los valores de los coeficientes de Regresión eran significativamente diferentes de cero.

Hipótesis general para cada combinación de variables:

$$H_0 ; \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \dots = \beta_n = 0$$

$$H_A ; \beta_1 \neq \beta_2 \neq \beta_3 \neq \dots \neq \beta_n \neq 0$$

La hipótesis anterior se comprobó por medio de Análisis de Varianza para Regresión.

CAPITULO III
RESULTADOS

RESULTADOS.

Para llevar a cabo el análisis estadístico los datos obtenidos en cada grupo de patología [el número de sujetos, los puntajes de la prueba de Anstey (Domíngos 48) y de las escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI, así como el número de sesiones a psicoterapia a las que había asistido cada sujeto] fueron manejados por medio de una computadora.

Este análisis se llevó a cabo en dos etapas, descritas en el capítulo anterior. (La memoria de cálculo se encuentra en el apéndice).

PRIMERA ETAPA.

Se compararon cada una de las variables independientes de pronóstico en cada uno de los 14 grupos de investigación.

Se encontraron diferencias significativas con el 95 % de confiabilidad entre los grupos de diagnóstico para las variables: Número de Sesiones y Escala K del MMPI.

I.- Los grupos con mayor número de sesiones en promedio fueron:

GRUPO 10 PSICOSIS ($\bar{X} = 14.17$)

GRUPO 2 HISTERIA E HIPOCONDRIA ($\bar{X} = 13.83$)

GRUPO 8 TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD
($\bar{X} = 12$)

Los grupos con menor número de sesiones en promedio fueron:

GRUPO 3 ESTADO FOBICO Y TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO ($\bar{X} = 5.5$)

GRUPO 12 SINDROME DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL.
DEPENDENCIA A LAS DROGAS ($\bar{X} = 5.67$)

GRUPO 5 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ($\bar{X} = 6.25$)

II. Los grupos con mayor promedio de puntaje en la Escala K del MMPI fueron:

GRUPO 12 SINDROME DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL.
DEPENDENCIA A LAS DROGAS ($\bar{X} = 15.83$)

GRUPO 11 DESVIACIONES Y TRASTORNOS SEXUALES ($\bar{X} = 15.10$)

GRUPO 10 PSICOSIS ($\bar{X} = 13.91$)

Los grupos con menor promedio de puntaje en la Es
cala K del MMPI fueron:

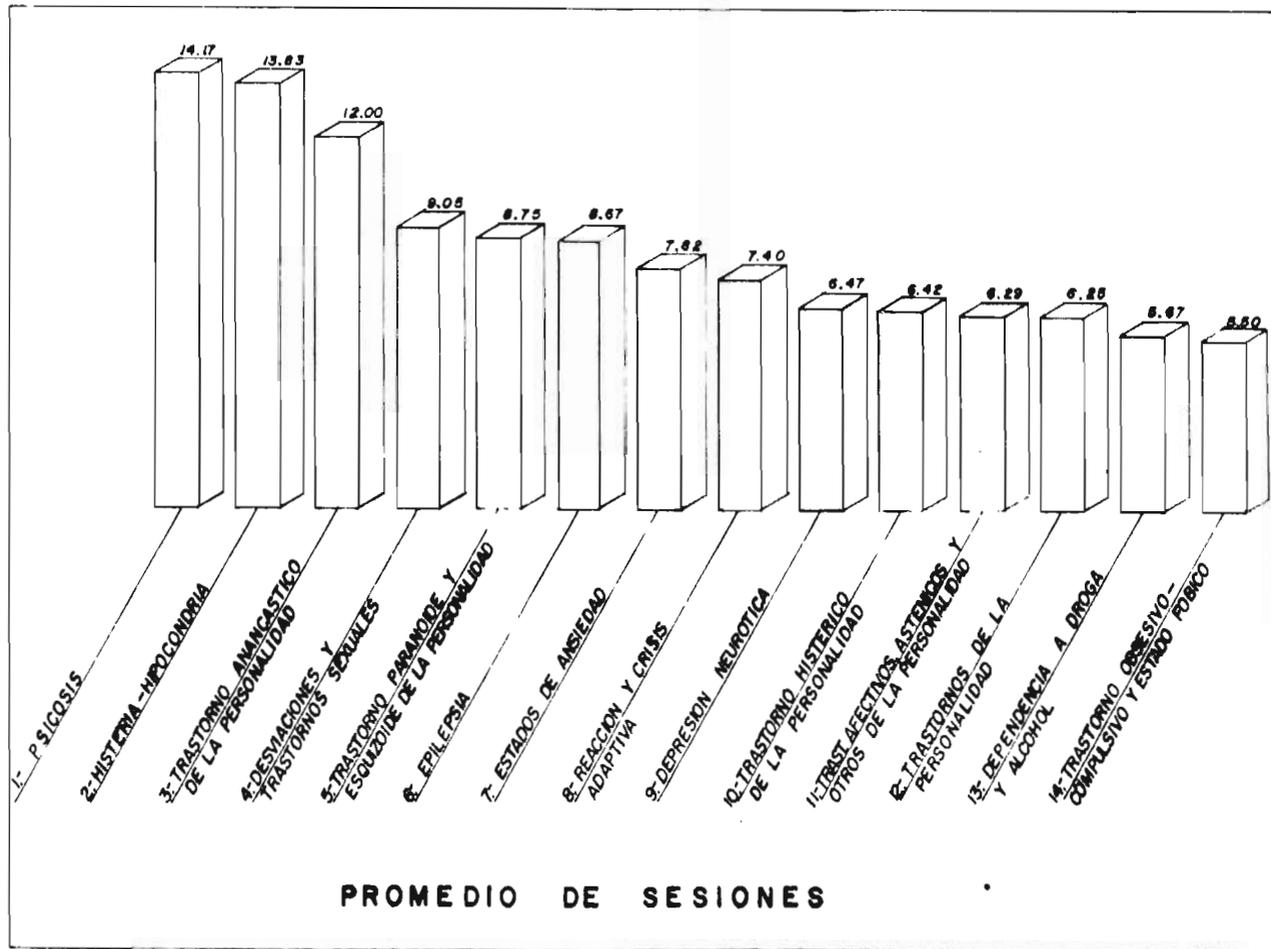
GRUPO 3 ESTADO FOBICO Y TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSI-
VO ($\bar{X} = 9.33$)

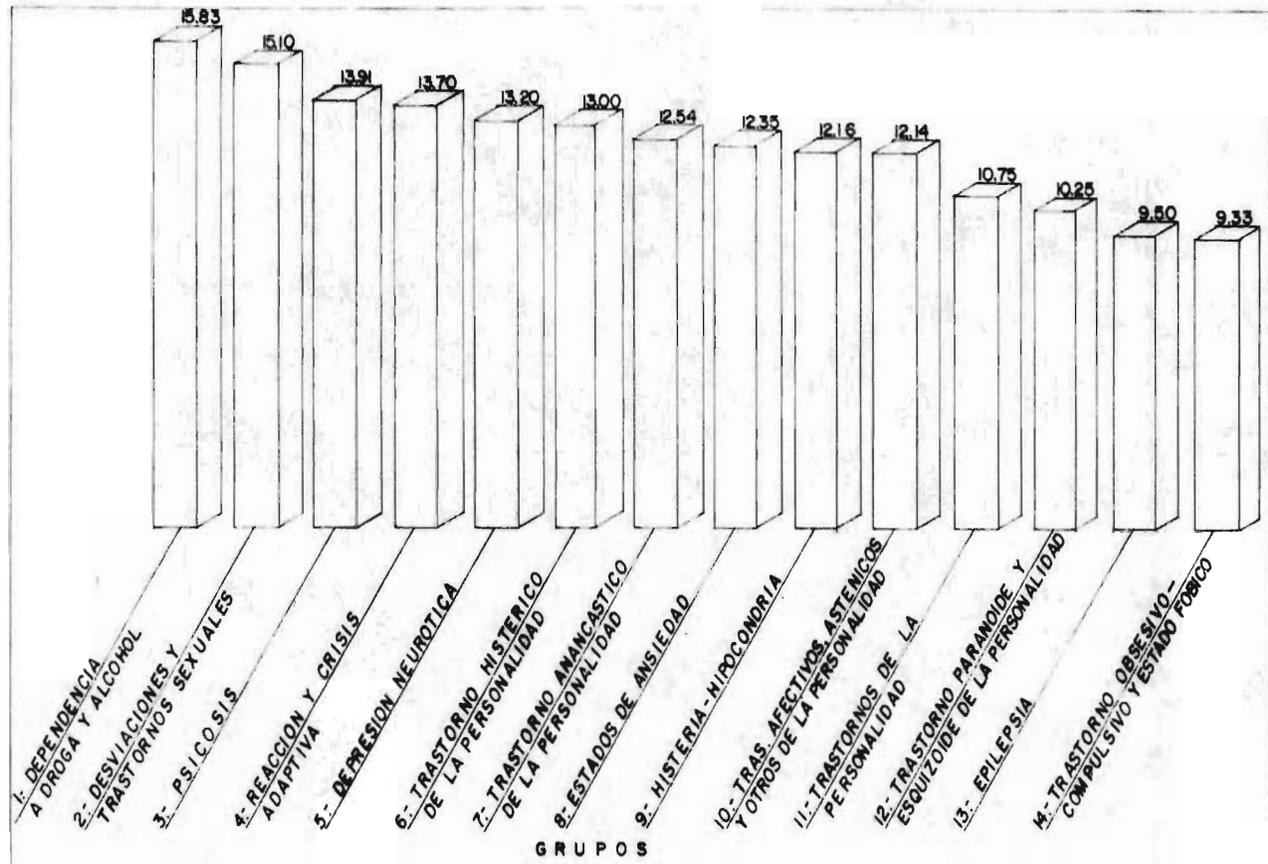
GRUPO 14 EPILEPSIA ($\bar{X} = 9.56$)

GRUPO 6 TRASTORNO PARANOIDE Y ESQUIZOIDE DE LA PERS.
($\bar{X} = 10.25$)

Las comparaciones con las Variables de Pronóstico:
Escalas 2, 7 y 0 del MMPI y el Test de Anstey no
presentaron diferencias significativas entre ninguno
de los grupos.

El hecho de haber encontrado diferencias en algun
as de las Variables Independientes de Pronóstico dió
la pauta para que al aplicar el análisis de regresión
múltiple a los grupos de diagnóstico se encontrarán
modelos diferentes para cada uno de ellos.





GRUPOS

PROMEDIO DE PUNTAJE EN ESCALA K DEL MMPI

SEGUNDA ETAPA.

Los resultados de la aplicación del Análisis de Regresión Múltiple a los 14 grupos de diagnóstico son como sigue:

GRUPO 1 ESTADOS DE ANSIEDAD

Se acepta H_A Es posible encontrar un modelo matemático que pronostique la permanencia en psicoterapia a través del Test de Anstey y las Escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI.

Donde se encontraron los siguientes modelos:

- Modelo A) No. de Sesiones = $0.51Pt - 10.21$
(Significativo al 99% de confiabilidad).
- Modelo B) No. de Sesiones = $-0.34D + 0.71Pt - 6.08$
(Significativo al 99 % de confiabilidad).
- Modelo C) No. de Sesiones = $0.83Pt - 0.37D + 0.31K - 13.16$
(Significativo al 95 % de confiabilidad).

Modelo D) No. de Sesiones = $0.76Pt - 0.41D + 0.44K + 0.11Si - 14.85$

(Significativo al 95 % de confiabilidad).

VARIABLES PREDICTORAS

Modelo A) Escala 7 del MMPI

Modelo B) Escalas 7 y 2 del MMPI

Modelo C) Escalas 7, 2 y K del MMPI

Modelo D) Escalas 7, 2, K y 0 del MMPI

DISCUSION:

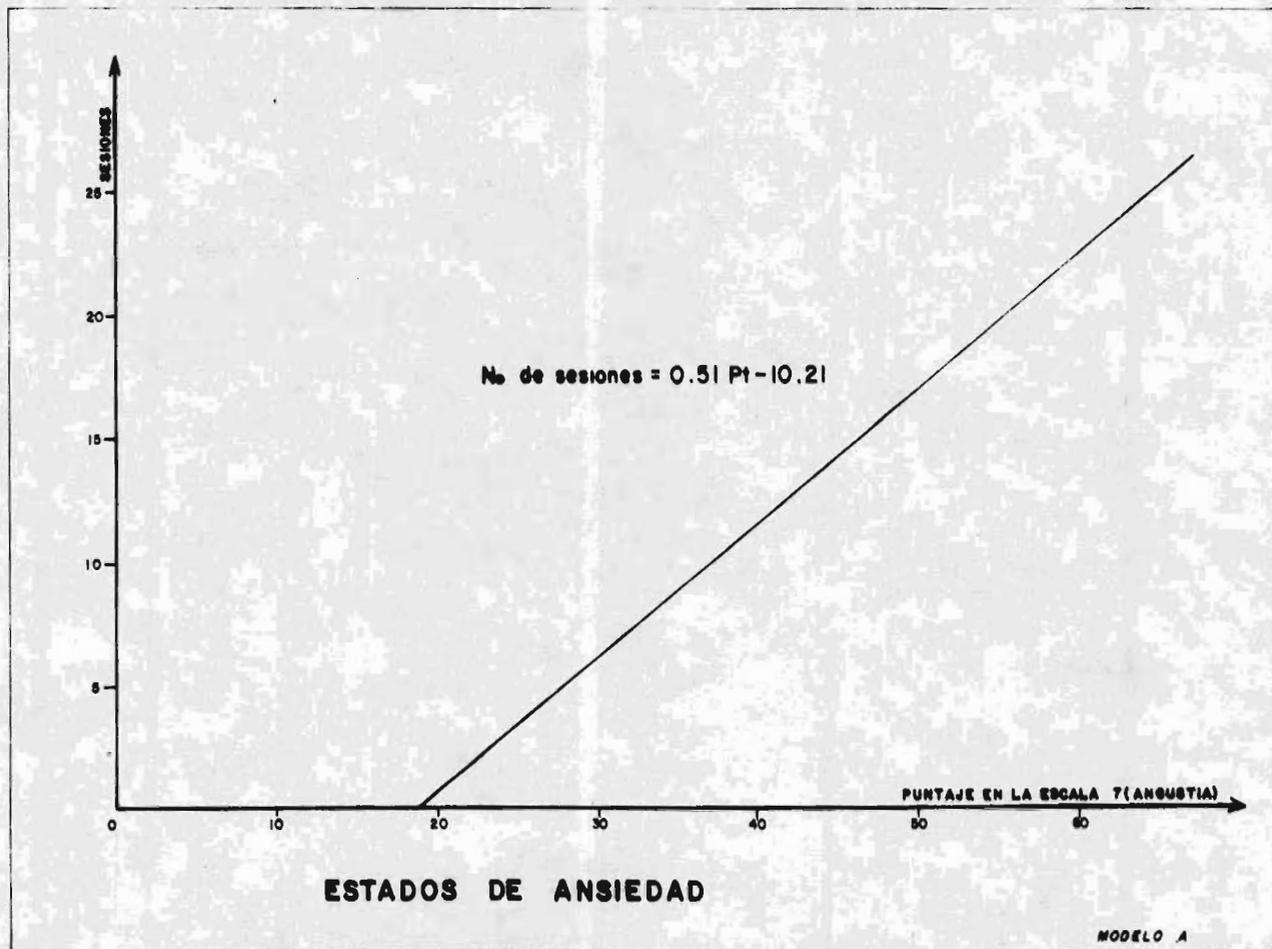
En el modelo del inciso A) involucra solo la Escala 7 del MMPI (Angustia), de tal forma que predice que a mayor puntaje de esta escala mayor número de sesiones. (A mayor angustia mayor número de sesiones).

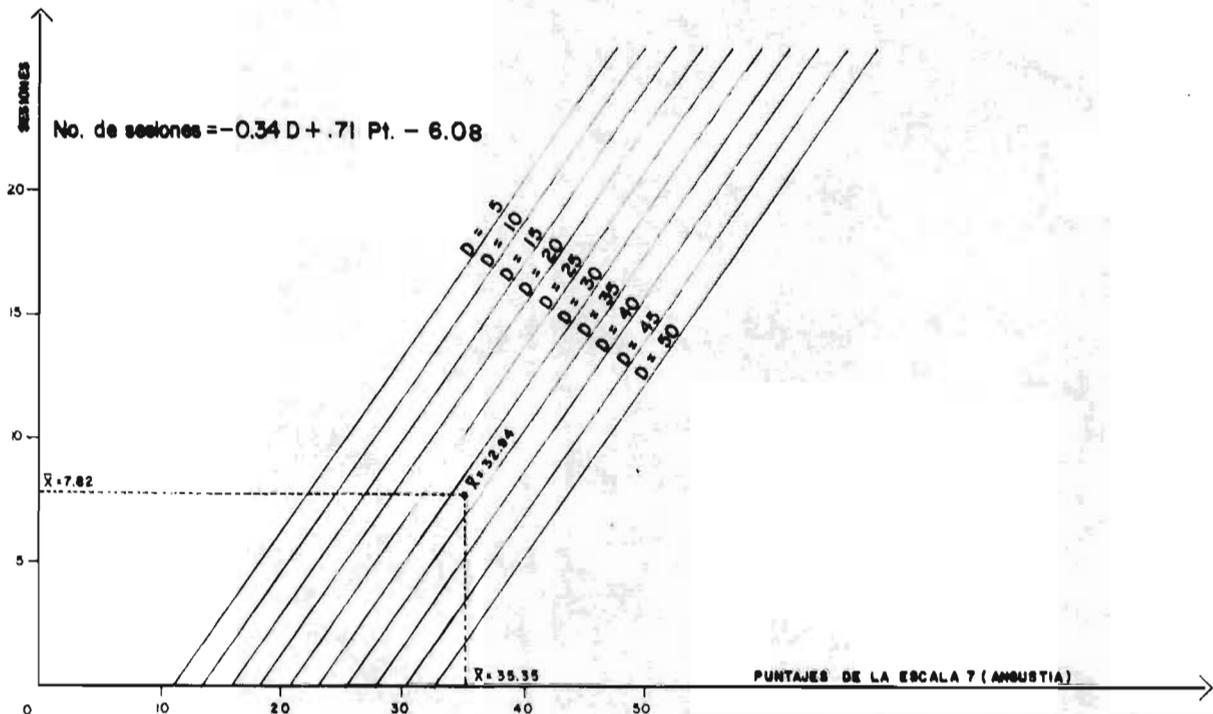
El modelo del inciso B) involucra las Escalas 7 y 2 del MMPI, predominando el efecto de la Escala 7 y se interpreta de la siguiente manera: a mayor puntaje de la Escala 2 menor será el número de sesiones; pero si a este puntaje se le asocia un puntaje alto de la Escala 7, entonces el número de sesiones se incrementará, es decir, la depresión hace que el sujeto tienda

a no asistir a terapia, y solo un nivel alto de angustia incrementará el pronóstico de asistencias.

En los modelos de los incisos C y D intervienen además de las Escalas 7 y 2 del MMPI, las Escalas K para el inciso C, K y 0 para el inciso D, siendo estos puntajes positivos lo que permite que se incremente el número de sesiones.

Se puede observar que en todos los modelos predomina el efecto de la Escala 7, es decir, que la angustia hace que el sujeto tienda a asistir a un mayor número de sesiones.





ESTADOS DE ANSIEDAD

ESTADOS DE ANSIEDAD

No. de sesiones = $0.83 Pt - 0.37 D + 0.31 K - 13.16$ *MODELO C*

No. de sesiones = $0.76 Pt - 0.41 D + 0.44 K + 0.11 Si - 14.85$ *MODELO D*

GRUPO 2 HISTERIA E HIPOCONDRIA.

Se acepta H_A Es posible encontrar un modelo matemático que pronostique la permanencia en psicoterapia a través del Test de Anstey y las Escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI.

Donde se encontró el siguiente modelo:

$$\text{No. de Sesiones} = -4.52Pt + 2.48Si + 104.42$$

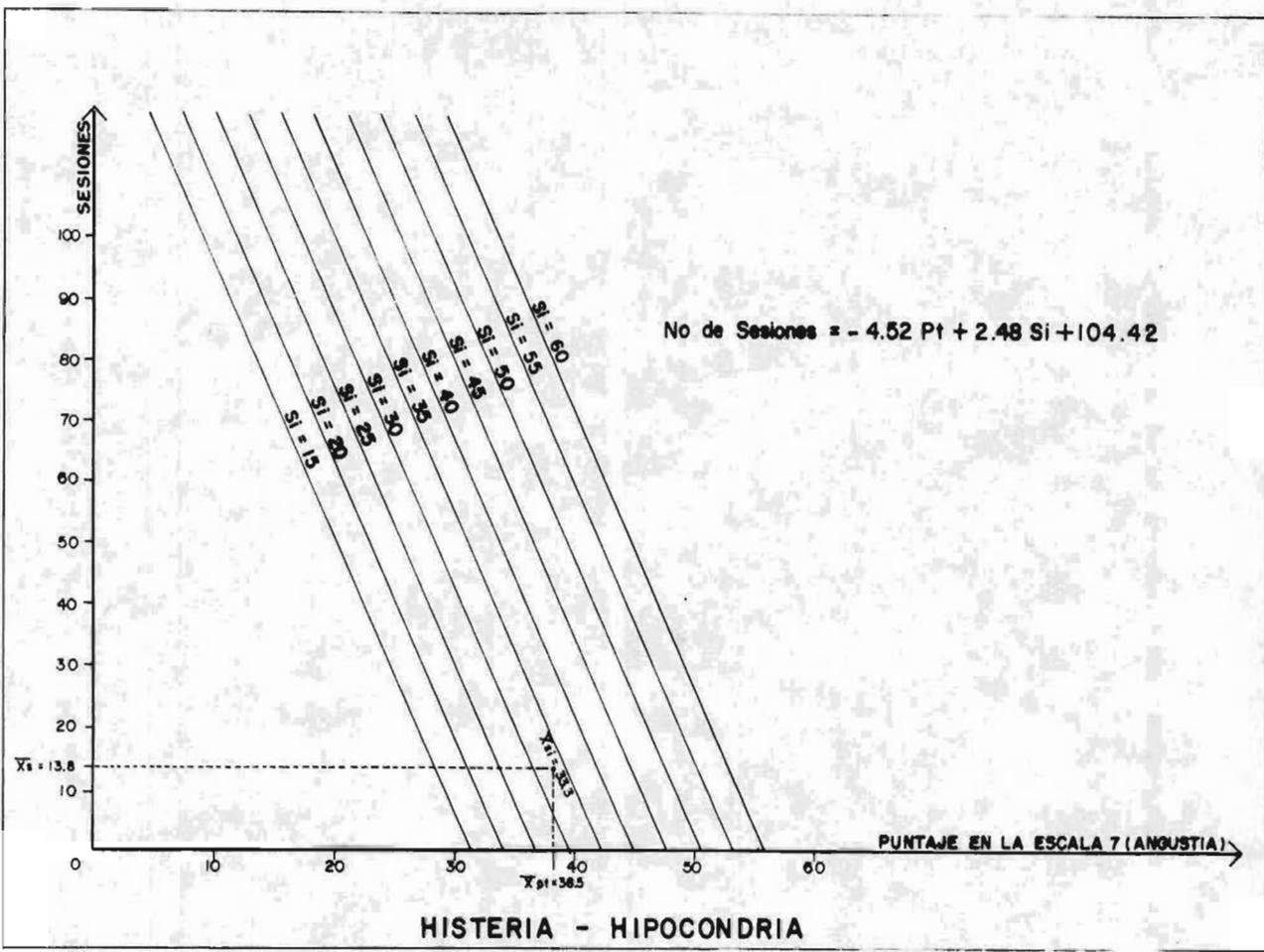
(Significativo al 90% de confiabilidad)

VARIABLES PREDICTORAS.

Escalas 7 y 0 del MMPI.

DISCUSION:

Se observa que las variables de pronóstico que funcionan como predictoras del número de sesiones son las Escalas 7 y 0 del MMPI predominando el efecto de la Escala 7 se interpreta de la siguiente manera: a mayor puntaje de la Escala 7 menor será el número de sesiones, pero si a este puntaje se le asocia un pun-



GRUPO 3 TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y ESTADO FOBICO
DE LA PERSONALIDAD.

Se acepta H_A Es posible encontrar un modelo matemático que pronostique la permanencia en psicoterapia a través del Test de Anstey y las Escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI.

Donde se encontraron los siguientes modelos:

Modelo A) No. de Sesiones = $-0.93K + 14.18$
(Significativo al 95 % de confiabilidad)

Modelo B) No. de Sesiones = $-1.16K + 0.19D + 10.05$
(Significativo al 95% de confiabilidad)

VARIABLES PREDICTORAS

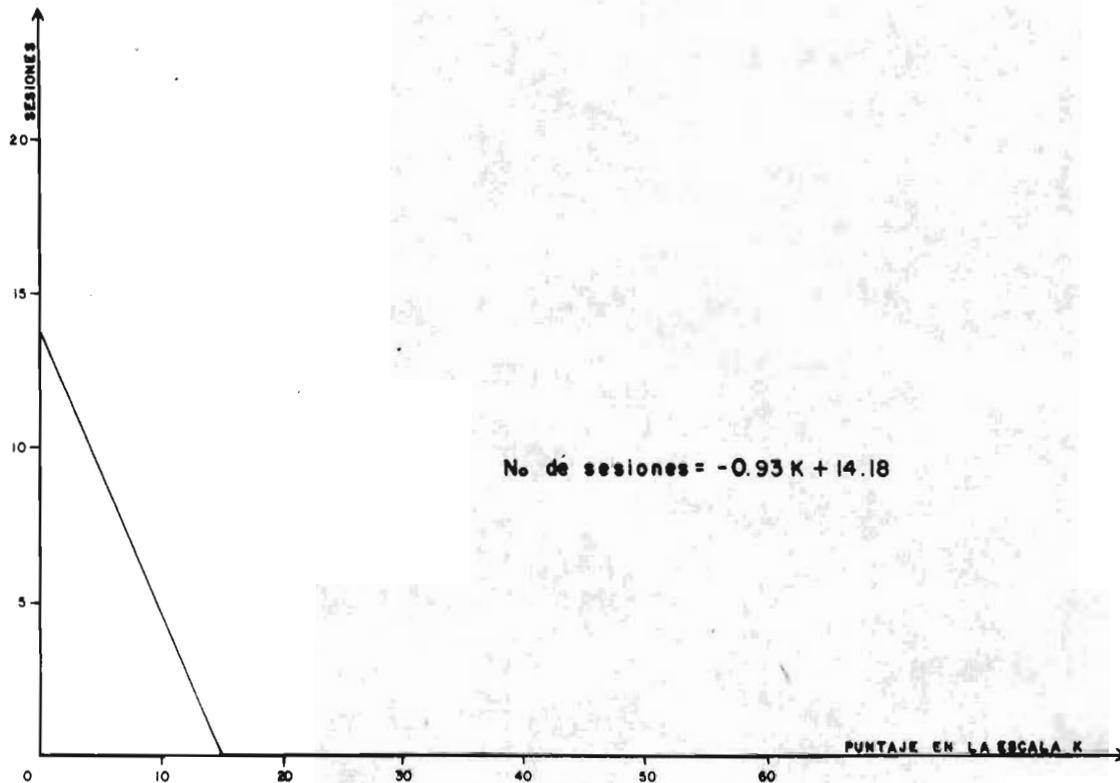
Modelo A) Escala K del MMPI

Modelo B) Escalas K y 2 del MMPI

DISCUSION:

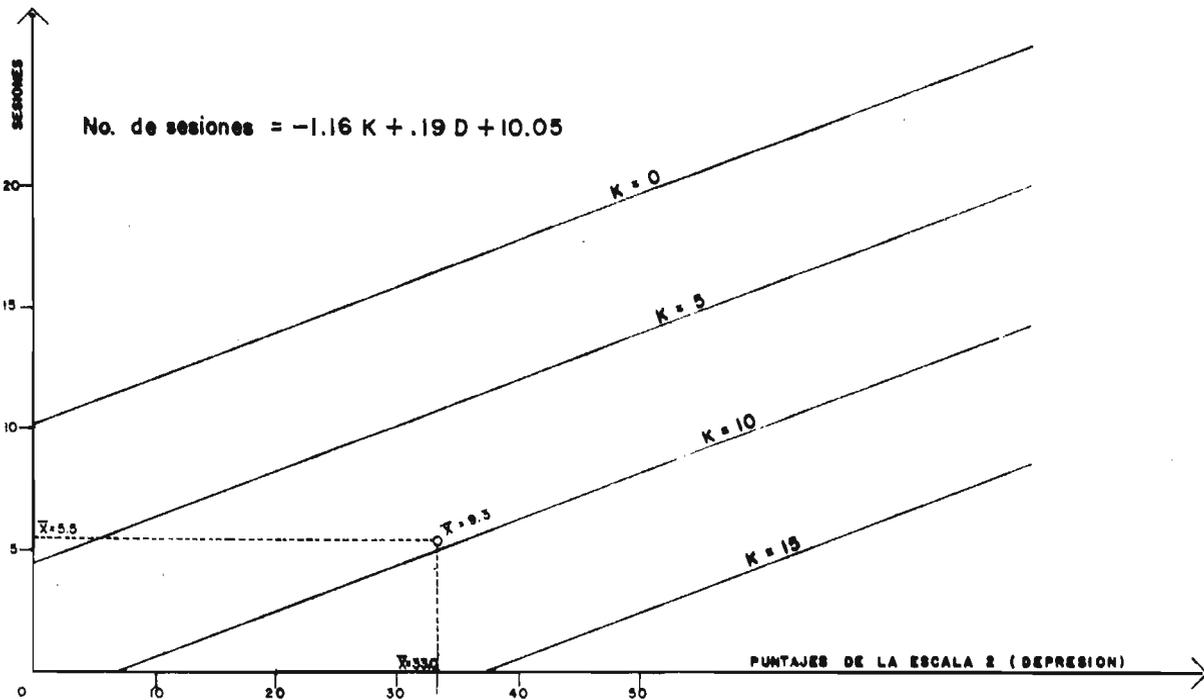
En el inciso A) se presenta el modelo que involucra únicamente la Escala K del MMPI, de tal forma que predice que a mayor puntaje de esta escala menor número de sesiones.

El modelo del inciso B) involucra las Escalas K y 2 del MMPI predominando el efecto de la Escala K y se interpreta de la siguiente manera: a mayor puntaje en la Escala K menor será el número de sesiones, pero si a este puntaje se le asocia un puntaje alto de la Escala 2 entonces el número de sesiones se incrementará.



**TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y ESTADO FOBICO
DE LA PERSONALIDAD**

MODELO A



TRASTORNO OBSESIVO - COMPULSIVO Y ESTADO FOBICO DE LA PERSONALIDAD

GRUPO 4 DEPRESION NEUROTICA.

Se acepta H_A Es posible encontrar un modelo matemático que pronostique la permanencia en psicoterapia a través del Test de Anstey y las Escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI.

Donde se encontraron los siguientes modelos:

Modelo A) $\text{No. de Sesiones} = -0.26D + 14.92$
(Significativo al 95 % de confiabilidad)

Modelo B) $\text{No. de Sesiones} = -0.31D + 0.13Pt + 11.76$
(Significativo al 90 % de confiabilidad)

VARIABLES PREDICTORAS

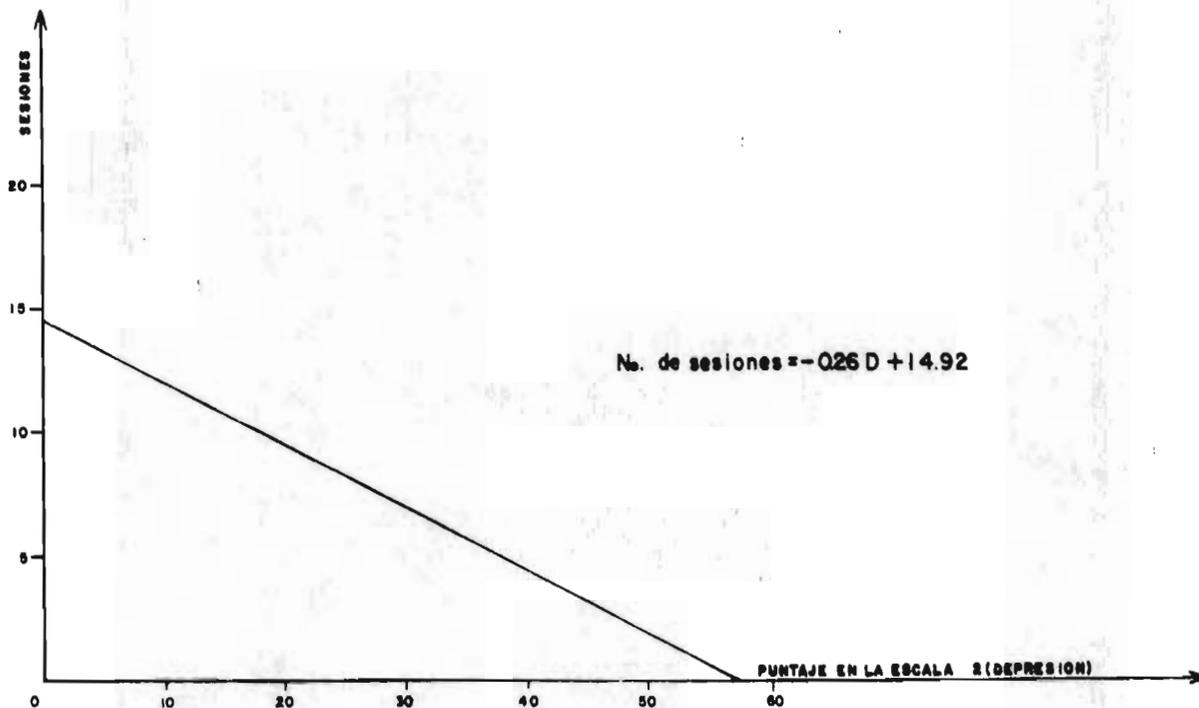
Modelo A) Escala 2 del MMPI.

Modelo B) Escalas 2 y 7 del MMPI.

DISCUSION:

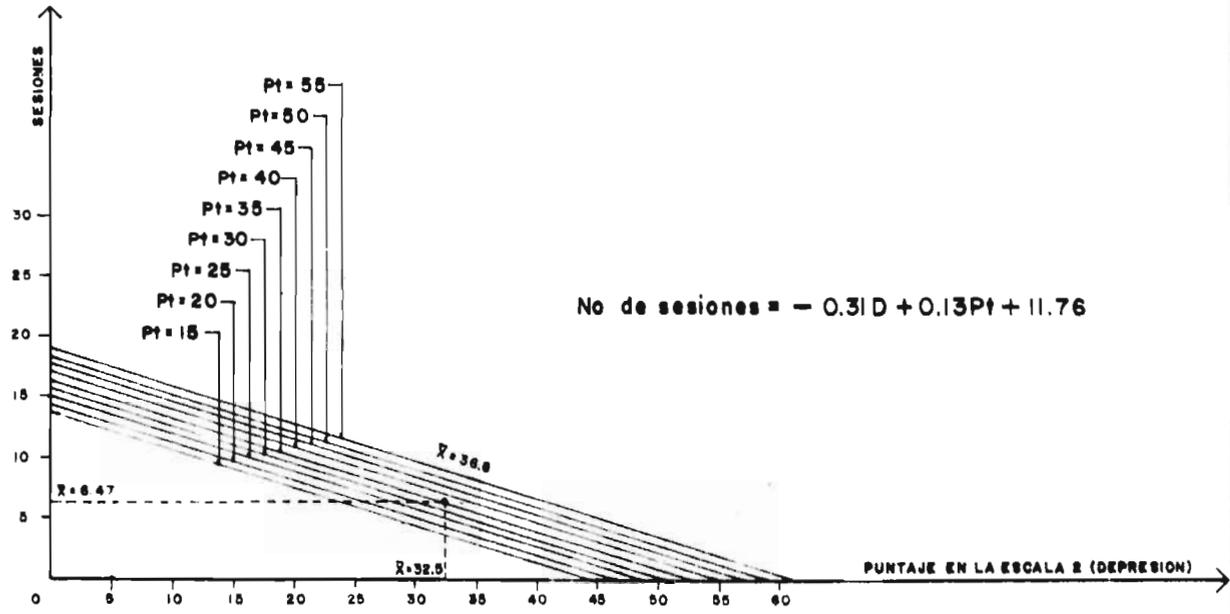
En el inciso A) se presenta el modelo que involucra solo la Escala 2 del MMPI (Depresión), de tal forma que predice que a mayor puntaje de esta Escala menor número de sesiones (A mayor depresión el paciente tiende a no asistir).

El modelo del inciso B) involucra las Escalas 2 y 7 del MMPI, predominando el efecto de la Escala 2 y se interpreta de la siguiente manera: a mayor puntaje de la Escala 2 menor será el número de sesiones, pero si a este puntaje se le asocia un puntaje alto de la Escala 7 entonces el número de sesiones se incrementará, es decir, la angustia hace que el sujeto tienda a asistir.



DEPRESION NEUROTICA

MODELO A



DEPRESION NEUROTICA

GRUPO 5 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

Se acepta H_A Es posible encontrar un modelo matemático que pronostique la permanencia en psicoterapia a través del Test de Anstey y las Escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI.

Donde se encontró el siguiente modelo:

$$\text{No. de Sesiones} = 0.48\text{Pt} + 0.39\text{I} - 23.59$$

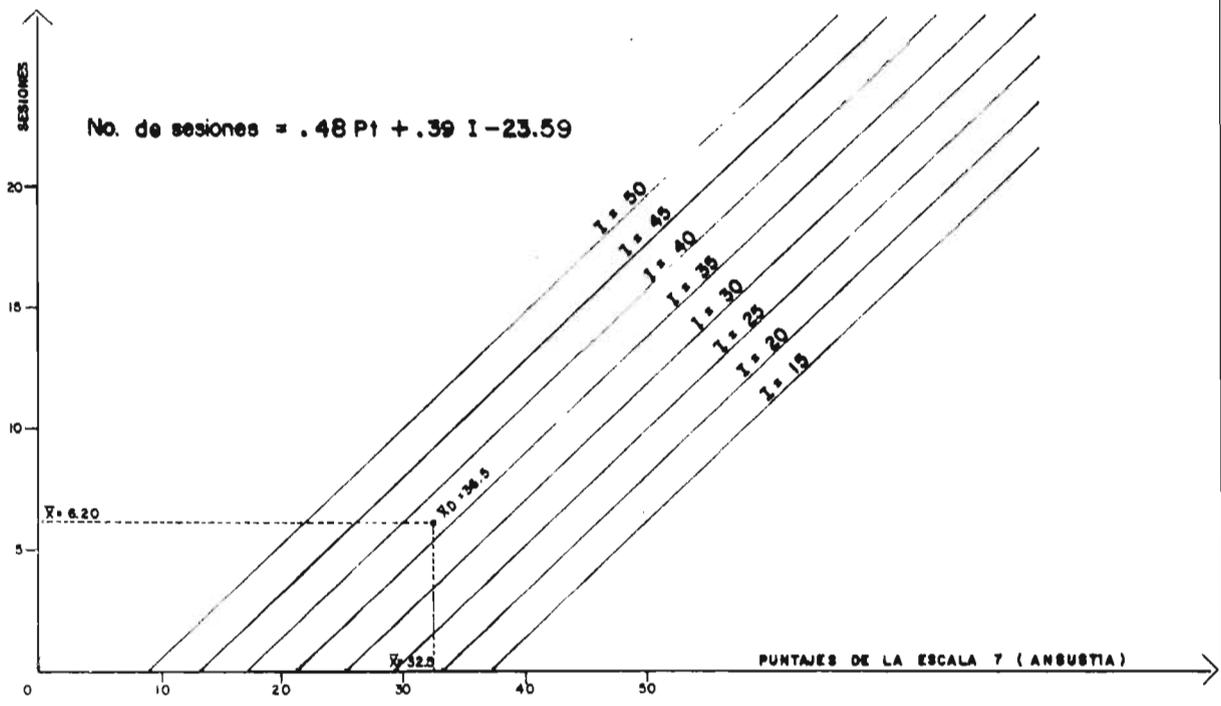
(Significativo al 95 % de confiabilidad)

VARIABLES PREDICTORAS.

Escala 7 del MMPI y el Test de Anstey (Rendimiento intelectual).

DISCUSION:

En este modelo predomina el efecto de la Escala 7 del MMPI y se interpreta de la siguiente manera: a mayor puntaje de la Escala 7 y mayor puntaje en el Test de Anstey mayor será el número de sesiones.



TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

GRUPO 6 TRASTORNO PARANOIDE Y ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD.

Se acepta H_A Es posible encontrar un modelo matemático que pronostique la permanencia en psicoterapia a través del Test de Anstey y las Escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI.

Donde se encontraron los siguientes modelos:

- Modelo A) $\text{No. de Sesiones} = 0.73D - 14.30$
(Significativo al 95 % de confiabilidad)
- Modelo B) $\text{No. de Sesiones} = 1.07D - 0.58Si - 0.34$
(Significativo al 90 % de confiabilidad)
- Modelo C) $\text{No. de Sesiones} = 1.26D - 0.64I - 1.13Si + 37.88$
(Significativo al 95 % de confiabilidad)
- Modelo D) $\text{No. de Sesiones} = 1.30D - 0.60I - 1.18Si - 0.19K + 39.39$
(Significativo al 95 % de confiabilidad)

VARIABLES PREDICTORAS

Modelo A) Escala 2 del MMPI

Modelo B) Escalas 2 y 0 del MMPI

Modelo C) Escalas 2 y 0 del MMPI y el Test de Anstey

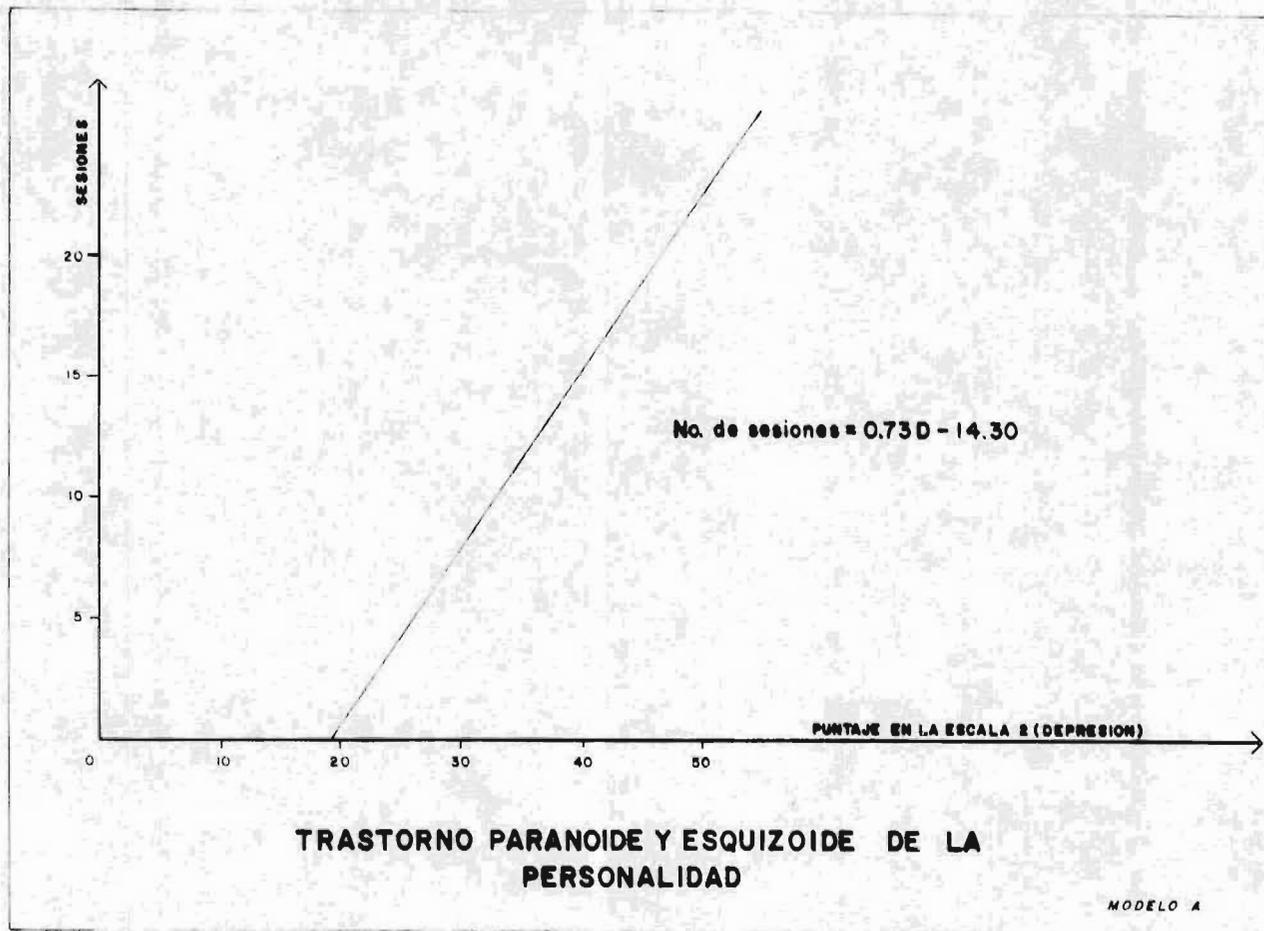
Modelo D) Escalas 2, 0 y K del MMPI y el Test de Anstey

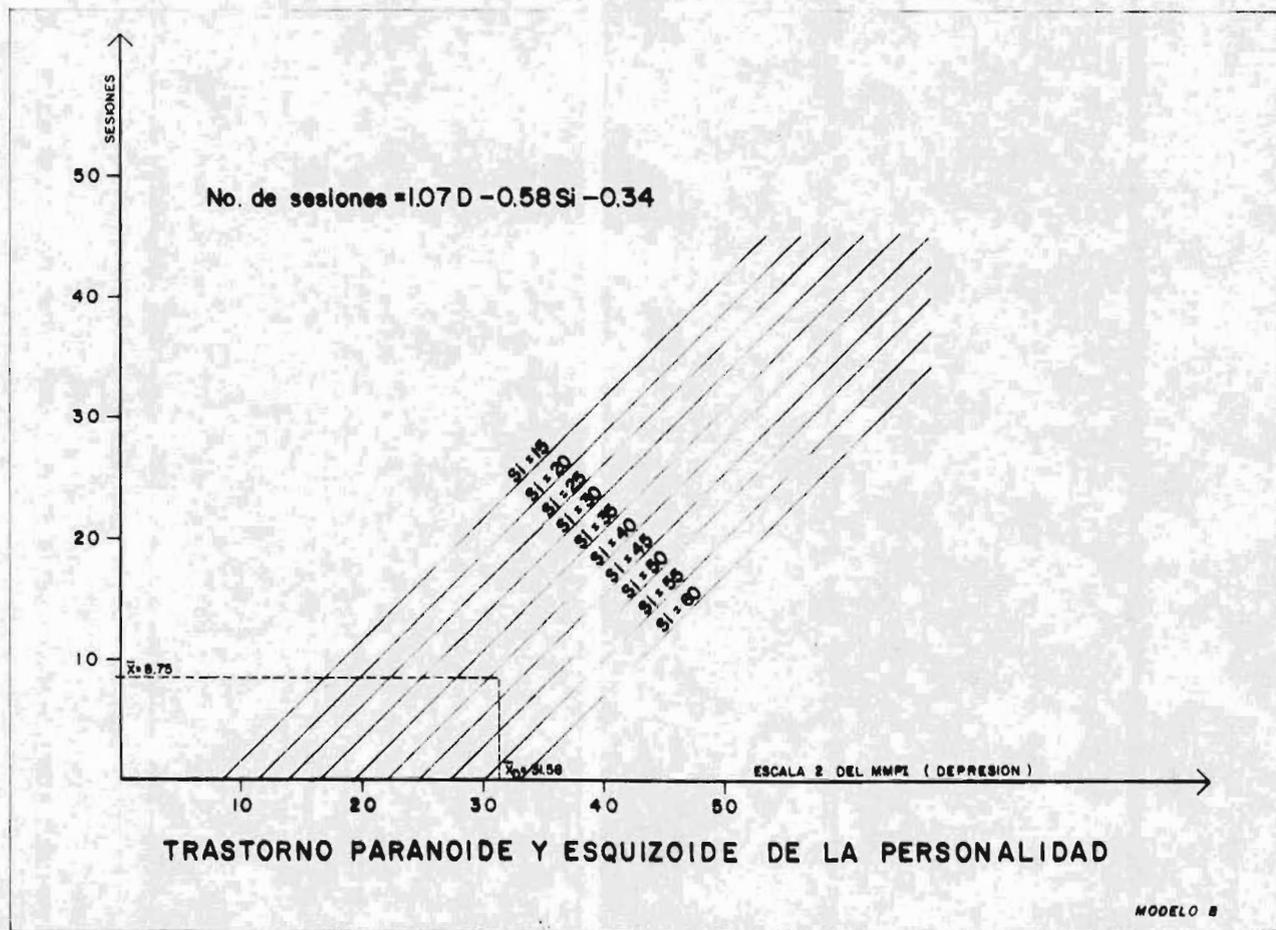
DISCUSION:

En el inciso A) se presenta el modelo que involucra solo la Escala 2 del MMPI (Depresión), de tal forma que predice que a mayor puntaje en esta Escala mayor número de sesiones.

El modelo del inciso B) involucra las Escalas 2 y 0 del MMPI, predominando el efecto de la Escala 2 y se interpreta de la siguiente manera: a mayor puntaje de la Escala 2 mayor será el número de sesiones, pero si a este puntaje se le asocia un puntaje alto de la Escala 0, entonces el número de sesiones disminuirá, es decir, cuando la introspección del sujeto aumenta éste tiende a no asistir a terapia.

En los incisos C y D se presentan los modelos que involucran, además de las Escalas 2 y 0 del MMPI, el puntaje del Test de Anstey en el inciso C, la Escala K del MMPI y el puntaje del Test de Anstey en el inciso D; en ambas predomina el efecto de la Escala 2 y se interpreta de la siguiente manera: a mayor puntaje de la Escala 2 mayor será el número de sesiones, pero si a este puntaje se le asocian puntajes altos de las Escalas 0 y K y del Test de Anstey el número de sesiones decrementará.





TRASTORNO PARANOIDE Y ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

No. de sesiones = $1.26D - 0.64I - 1.13SI + 37.88$ *MODELO C*

No. de sesiones = $1.30D - 0.60I - 1.18SI - 0.19K + 39.39$ *MODELO O*

GRUPO 7 TRASTORNO AFECTIVO DE LA PERSONALIDAD.
TRASTORNO ASTENICO DE LA PERSONALIDAD.
OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

Se acepta H_0 No se posible encontrar un modelo matemático que pronostique la permanencia en psicoterapia a través del Test de Anstey y las Escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI.

Para este grupo no se encontró un modelo matemático que permita hacer un pronóstico a sesiones de psicoterapia.

Las posibles causas se discuten en el siguiente capítulo.

GRUPO 8. TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD.

Se acepta H_A Es posible encontrar un modelo matemático que pronostique la permanencia en psicoterapia a través del Test de Anstey y las Escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI.

Donde se encontraron los siguientes modelos:

- Modelo A) $\text{No. de Sesiones} = 0.66S_i - 9.54$
(Significativo al 95 % de confiabilidad)
- Modelo B) $\text{No. de Sesiones} = 0.75S_i + 0.71K - 21.39$
(Significativo al 99 % de confiabilidad)
- Modelo C) $\text{No. de Sesiones} = 0.76S_i + 0.64K - 0.30I - 10.59$
(Significativo al 95 % de confiabilidad)
- Modelo D) $\text{No. de Sesiones} = 0.57S_i + 0.24Pt + 0.68K - 0.21I - 16.53$
(Significativo al 95 % de confiabilidad)

VARIABLES PREDICTORAS

Modelo A) Escala 0 del MMPI

Modelo B) Escalas 0 y K del MMPI

Modelo C) Escalas 0 y K del MMPI y el Test de Anstey

Modelo D) Escalas K, 0 y 7 del MMPI y el Test de Anstey

DISCUSION:

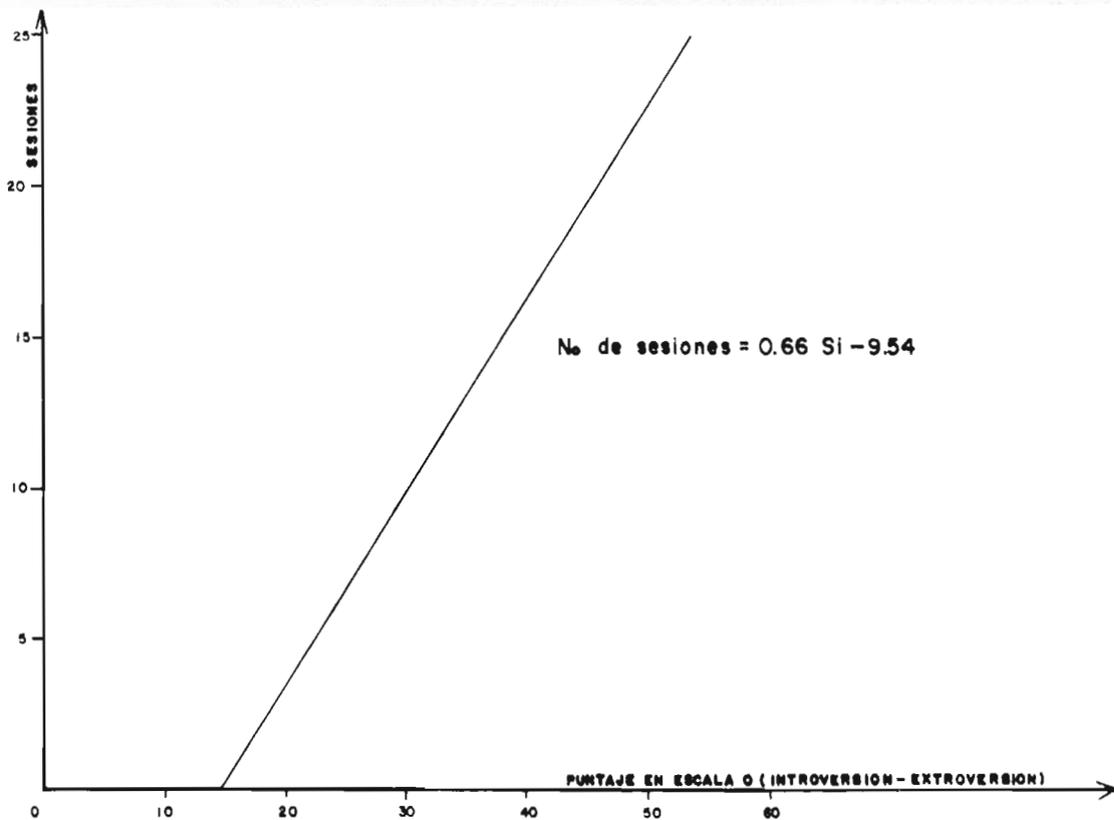
En el inciso A) se presenta el modelo que involucra solo la Escala 0 del MMPI (Introversión-Extroversión), de tal forma que predice que a mayor puntaje de esta Escala mayor número de sesiones.

El modelo del inciso B) involucra las Escalas 0 y K del MMPI, predominando el efecto de la 0 y se interpreta de la siguiente manera: a mayor puntaje de las Escalas 0 y K mayor número de sesiones.

El modelo del inciso C) involucra las Escalas 0 y K del MMPI y el Test de Anstey (Rendimiento Intelectual) predominando el efecto de la Escala 0 y se interpreta de la siguiente manera: a mayor puntaje de las

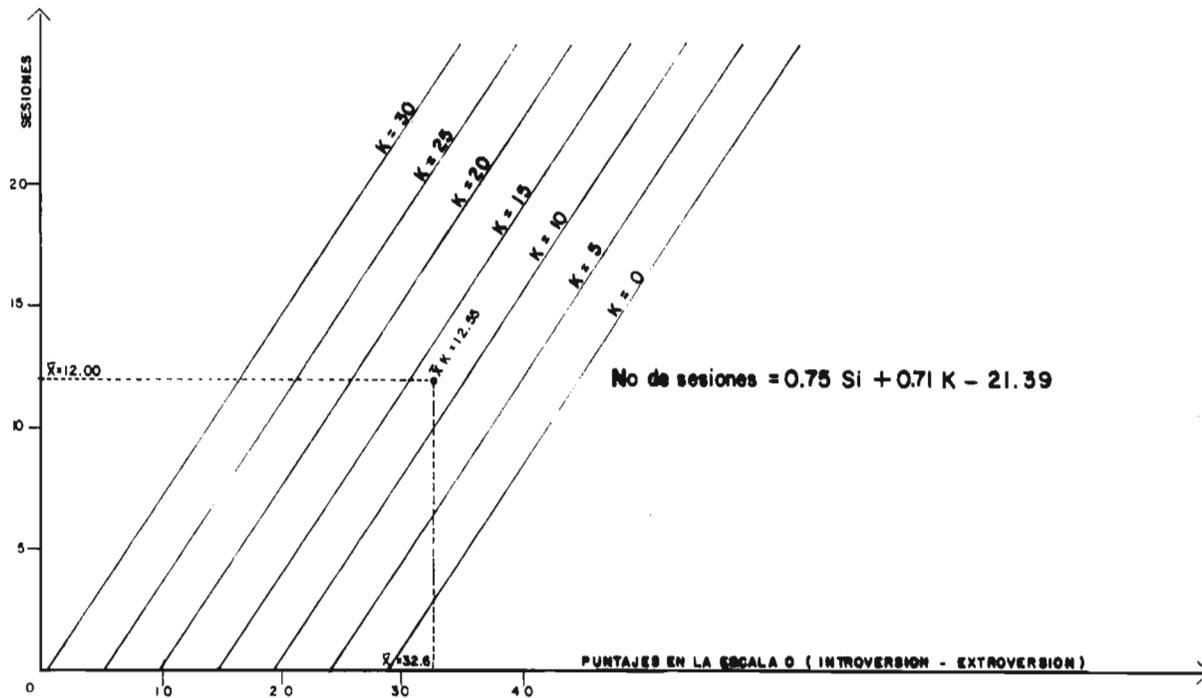
Escalas 0 y K mayor número de sesiones, pero si a este puntaje se le asocia un puntaje alto de Rendimiento Intelectual el número de sesiones tenderá a decrementar.

En el inciso D) como en los modelos anteriores, predominan los puntajes altos de las Escalas 0 y K del MMPI y representan un número de sesiones mayor; en este caso también se asocia la Escala 7 incrementando el número de sesiones y de nuevo como en el modelo anterior un puntaje alto en el Rendimiento Intelectual tenderá a disminuir el número de sesiones.



TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD

MODELO A



TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD

TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD

No. de sesiones = $0.76Si + 0.64K - 0.30I - 10.59$ *MODELO C*

No. de sesiones = $0.57 Si + 0.24 Pt + 0.68 K - 0.21 I - 16.53$ *MODELO D*

GRUPO 9 TRASTORNO HISTERICO DE LA PERSONALIDAD.

Se acepta H_0 No es posible encontrar un modelo matemático que pronostique la permanencia en psicoterapia a través del Test de Anstey y las Escalas K, 2,7 y 0 del MMPI.

Para este grupo no se encontró un modelo matemático que permita hacer un pronóstico a sesiones de psicoterapia.

Las posibles causas se discuten en el siguiente capítulo.

GRUPO 10 PSICOSIS.

Se acepta H_A Es posible encontrar un modelo matemático que pronostique la permanencia en psicoterapia a través del Test de Anstey y las Escalas K, 2,7 y 0 del MMPI.

Donde se encontraron los siguientes modelos:

Modelo A) $\text{No. de Sesiones} = 0.43S_i - 0.52$
(Significativo al 90 % de confiabilidad)

Modelo B) $\text{No. de Sesiones} = 0.47S_i - 0.50I + 14.86$
(Significativo al 90 % de confiabilidad)

Modelo C) $\text{No. de Sesiones} = 1.03S_i + 1.08K - 0.42D - 24.03$
(Significativo al 90 % de confiabilidad)

VARIABLES PREDICTORAS

Modelo A) Escala 0 del MMPI.

Modelo B) Escala 0 del MMPI y Test de Anstey.

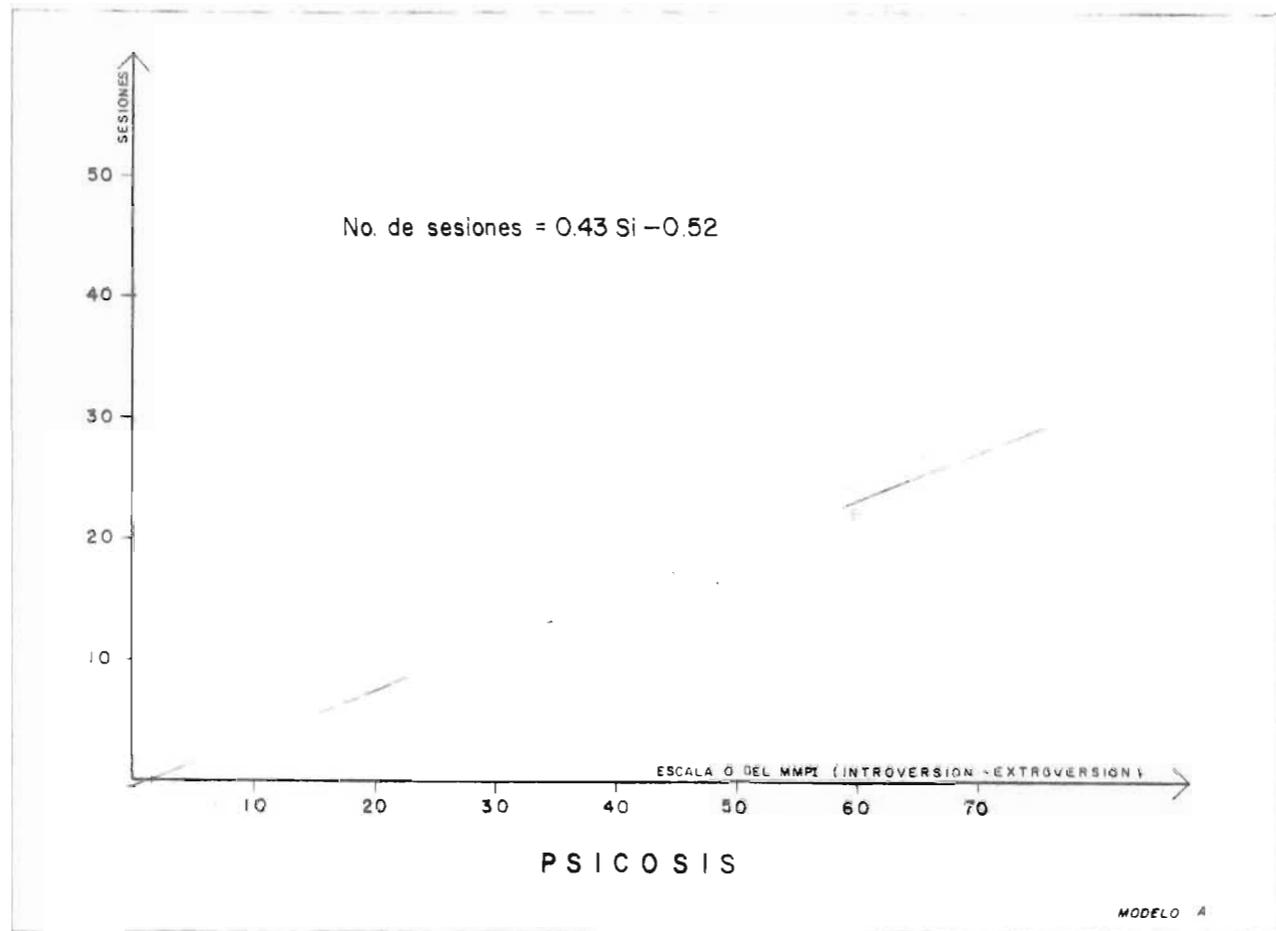
Modelo C) Escalas 0, K y 2 del MMPI.

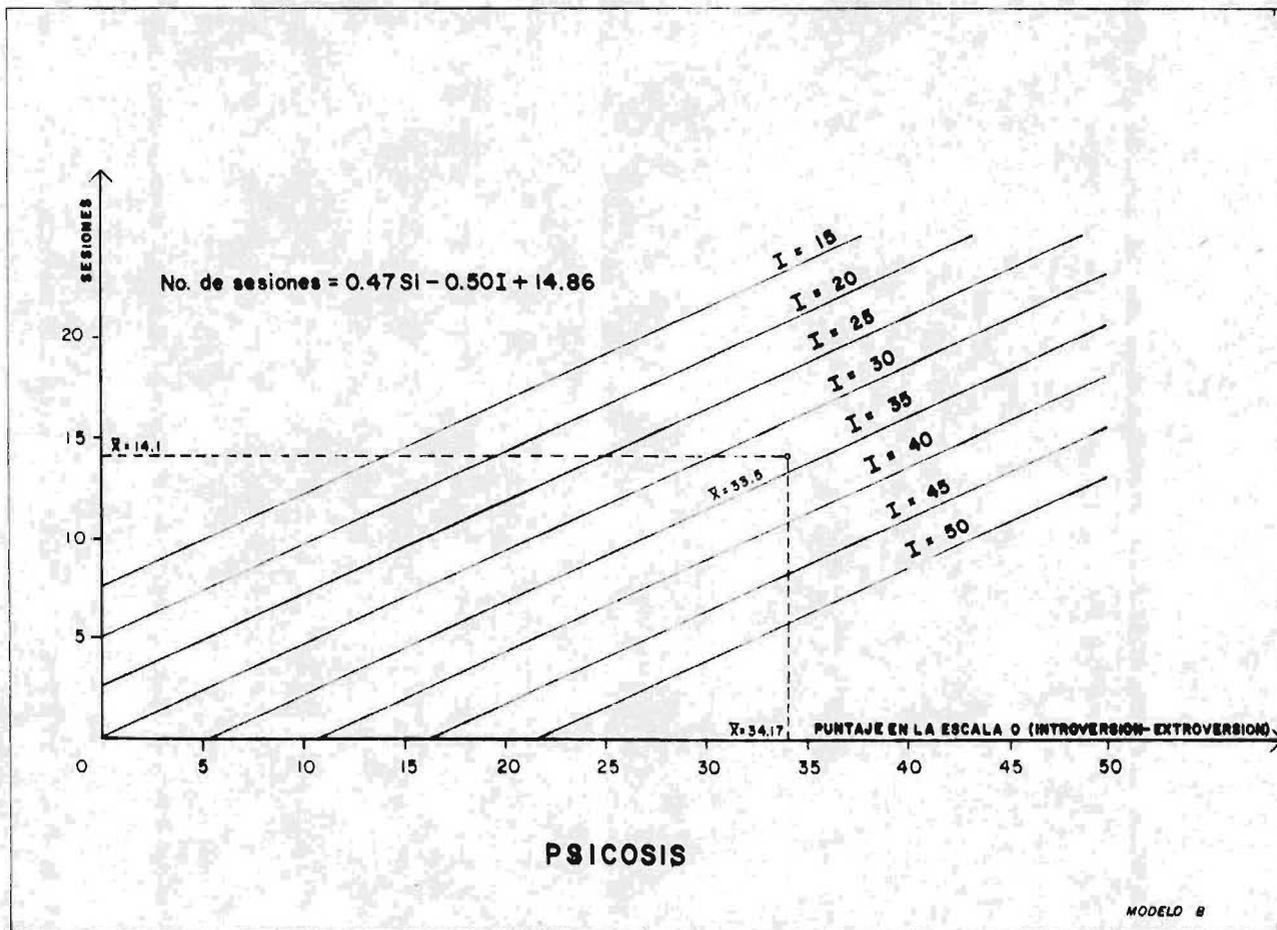
DISCUSION:

En el inciso A) se presenta el modelo que involucra únicamente la Escala 0 del MMPI, de tal forma que predice que a mayor puntaje de esta Escala mayor es el número de sesiones.

El modelo del inciso B) involucra la Escala 0 y el Test de Anstey, predominando el efecto de la Escala 0 y se interpreta de la siguiente manera: a mayor puntaje de la Escala 0 mayor será el número de sesiones, pero si a éste se le asocia un puntaje alto del Test de Anstey el número de sesiones disminuye.

El modelo del inciso C) como en los dos modelos anteriores, predomina el efecto de la Escala 0 que si se asocia a puntajes altos de la Escala K aumentarán el número de sesiones, pero si a estos puntajes agregamos un puntaje alto de la Escala 2 el número de sesiones tenderá a disminuir.





PSICOSIS

No. de sesiones = $1.03 S_I + 1.08 K - 0.42 D - 24.03$ *MODELO C*

GRUPO 11 DESVIACIONES Y TRASTORNOS SEXUALES.

Se acepta H_0 No se posible encontrar un modelo matemático que pronostique la permanencia en psicoterapia a través del Test de Anstey y las Escalas K, 2,7 y 0 del MMPI.

Para este grupo no se encontró un modelo matemático que permita hacer un pronóstico a sesiones de psicoterapia.

Las posibles causas se discuten en el siguiente capítulo.

GRUPO 12 SINDROME DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL.
DEPENDENCIA DE LAS DROGAS.

Se acepta H_0 No es posible encontrar un modelo matemático que pronostique la permanencia en psicoterapia a través del Test de Anstey y las Escalas K, 2,7 y 0 del MMPI.

Para este grupo no se encontró un modelo matemático que permita hacer un pronóstico a sesiones de psicoterapia.

Las posibles causas se discuten en el siguiente capítulo.

GRUPO 13 REACCION AGUDA ANTE GRAN TENSION.

REACCION DE ADAPTACION.

Se acepta H_0 No es posible encontrar un modelo matemático que pronostique la permanencia en psicoterapia a través del Test de Anstey y las Escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI.

Para este grupo no se encontró un modelo matemático que permita hacer un pronóstico a sesiones de psicoterapia.

Las posibles causas se discuten en el siguiente capítulo.

GRUPO 14 EPILEPSIA.

Se acepta H_0 No es posible encontrar un modelo matemático que pronostique la permanencia en psicoterapia a través del Test de Anstey y las Escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI.

Para este grupo no se encontró un modelo matemático que permita hacer un pronóstico a sesiones de psicoterapia.

Las posibles causas se discuten en el siguiente capítulo.

CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Consideramos que los resultados obtenidos en este trabajo de investigación aportan datos valiosos para la predicción de permanencia en psicoterapia.

Por un lado corroboran que las Escalas K, 2, 7 y 0 del MMPI predicen la solicitud de ayuda terapéutica, resultado acorde con las investigaciones realizadas por Davis y Widseth 1977; Koss 1980; Walters, Solomon y Walden 1982; y Rivera y Rodríguez 1981.

Por otro lado, el manejo estadístico de los puntajes del Test de Anstey y de las Escalas del MMPI ya mencionadas, brindó modelos matemáticos que permiten hacer un pronóstico en número promedio de sesiones a las que puede asistir un paciente a psicoterapia.

Es importante hacer hincapié que el dividir a la población en grupos de patología (a través del diagnóstico médico) permitió que surgieran modelos matemáticos específicos para cada grupo.

En la mayoría de los grupos en los cuales se aceptó la hipótesis alterna se obtuvo más de un modelo matemático, consecuencia de las combinaciones de las variables independientes de pronóstico.

Es pertinente aclarar que estos modelos matemáticos son válidos únicamente para el Centro de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, ya que es una determinada población y un determinado grupo de médicos psiquiatras calificados con un cierto abordaje terapéutico.

Sin embargo, esta investigación no pierde su valor científico ya que es replicable en otra Institución de Salud Mental si se sigue el mismo procedimiento estadístico.

Es interesante ver cómo las combinaciones de las Escalas son diferentes en cada grupo de patología, incluso en algunos modelos matemáticos.

Esto se observa claramente en el Grupo 1 (Estados de Ansiedad) y en el Grupo 4 (Depresión Neurótica), cuyas escalas predictoras son la 7 y la 2 del MMPI, sin embargo, en el primero prevalece el efecto de la Escala 7 y en el segundo el efecto de la Escala 2. Este resultado concuerda con lo estipulado por la OMS: Los Estados de Ansiedad (300.0) son " *combinaciones variadas de manifestaciones físicas y mentales de ansiedad...*". En tanto que Depresión Neurótica (300.4) es

un " trastorno neurótico caracterizado por depresión desproporcionada..... es frecuente que se manifieste también ansiedad...".

Es notable cómo interviene la Escala 7 como una de las variables predictoras en cinco de los ocho grupos en que se obtuvieron modelos matemáticos, lo cual puede estar relacionado con lo que indican diferentes autores "... que cierta angustia conciente y cierta desazón, son indicaciones pronósticas positivas " (Arieti, 1955; Fenichel, 1966; Freud, 1936; Fromm-Reichmann, 1955; Weigert, 1949). Es decir que un montante de angustia mueve al paciente a solicitar ayuda terapéutica.

Consideramos que el incluir como variable predictora los puntajes del Test de Anstey era importante, ya que la inteligencia juega un papel fundamental en el proceso psicoterapéutico; varios teóricos de distintas tendencias, afirman que existe una relación íntima y acaso inextricable entre conducta intelectual y conducta emotiva o tendencias emocionales (Fromm y Hartman, 1955; Hayes, 1962; Wechsler, 1952). Esta variable aparece en cuatro grupos donde se correlaciona

negativamente en tres de ellos. Es decir que a mayor puntaje en el Test de Anstey el número de sesiones tiende a disminuir.

Las Escalas O y K que nos hablan de la posibilidad de lograr un buen insight y la sensación del sujeto para resolver por sí mismo sus problemas (Rivera, O. 1984), las encontramos en varios modelos matemáticos que nos ayudan al pronóstico en sesiones terapéuticas. Según Singer (1979), "*el insight no puede ocurrir cuando la persona no está dispuesta a observarse atentamente ni a establecer, en el curso de su autoinvestigación, una familiaridad íntima con la amplia variedad de sus experiencias*".

Suponemos que en los seis grupos (7, 9, 11, 12, 13 y 14) que no se obtuvo un modelo matemático que pronostique el número de sesiones a psicoterapia, intervinieron o influyeron las siguientes causas:

- Los grupos no fueron homogéneos y por lo tanto la población que los conforma debió haber sido más amplia.

- El diagnóstico médico no se ajustó a la verdadera patología del paciente.

- Posiblemente para este tipo de patologías se necesite de la combinación de las trece Escalas del MMPI.

A pesar de que la muestra no se dividió en grupos de hombres y mujeres, los resultados obtenidos son confiables (de 90% a 99%), en comparación con la investigación de Walters et al. (1982), donde únicamente encontró resultados satisfactorios al dividir su muestra.

Si bien, el propósito de este estudio fué el tratar de pronosticar la permanencia en sesiones terapéuticas, no lo fué el de determinar lo que es alta o baja permanencia como lo hacen Walters et al. (1982), o lo que es la terapia a corto y a largo plazo como Koss (1980), ya que consideramos que son criterios dados en base a su experiencia terapéutica, los cuales para otros investigadores y/o terapeutas pueden no ser válidos y arbitrarios.

La terminación prematura de la psicoterapia ha sido un problema continuo para los Centros de Salud Mental. En los últimos 25 años el porcentaje de deserción ha sido estimado entre el 50% y el 60% en la cuarta sesión terapéutica (Borghi, 1968; Haddock & Mensh, 1957; Kelner, en prensa; Rogers, 1960). Estos datos coinciden con el alto porcentaje de deserción encontrado en la población que se manejó en este estudio.

Llama la atención que a pesar de ser éste un grave problema, latente y general, pocos investigadores se han abocado a la búsqueda de las posibles causas que lo originan.

Para concluir, solo queda decir, que la investigación en el campo de la psicoterapia es bastante compleja, ya que se trabaja con seres humanos, los cuales tienen una historia y motivaciones diferentes y particulares, aunque todos buscan un mismo fin: la Salud Mental.

Es por esto que al entrar en el estudio de esta área se debe de tener mucha cautela al exponer los resultados que se obtienen en una investigación, ya que cualquier trabajo dentro de este campo, tiene múlti-

ples limitaciones que no debemos olvidar.

Para futuras investigaciones en esta área, se sugiere tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Que en la formación de los grupos de patología todos ellos sean homogéneos, en lo posible.
- b) Utilizar todas las Escalas del MMPI. (Las tres Escalas de Validez y las diez Escalas Clínicas).
- c) Realizar una investigación semejante, empleando el mismo procedimiento estadístico en otro Centro de Salud Mental y correlacionar ambos resultados.
- d) Considerar como una de las variables independientes al terapeuta, pues su influencia puede ser determinante para la permanencia del sujeto en psicoterapia.
- e) Hacer un seguimiento del paciente desde su primera entrevista.

- f) Elaborar perfiles de personalidad para cada grupo de patología.
- g) Si el paciente está bajo tratamiento farmacológico, qué clase de fármacos se le prescribió y la dosis. Y si se le pidió estudio psicológico en estas condiciones.
- h) Si el paciente es referido, si es llevado por algún familiar o amigo, o si él sintió la necesidad de pedir ayuda terapéutica.
- i) Hacer una comparación entre los perfiles del MMPI y el motivo de la consulta.
- j) Que la población se divida en grupos de hombres y mujeres.
- k) Utilizar la prueba de WAIS como medida de inteligencia.
- l) En qué momento del proceso terapéutico se aplican las pruebas psicológicas.
- m) Utilizar la clasificación del DSM - III, por ser de más fácil acceso.

CAPITULO V

RESUMEN

El interés de la tesis, además de científico está motivado por el deseo de contribuir, aunque sea en forma mínima al pronóstico de permanencia en psicoterapia en pacientes universitarios.

Esta investigación se realizó en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Para llevar a cabo este estudio se utilizó el Test de Anstey (Dominós 48) y el MMPI, específicamente las Escalas K, 2, 7 y 0, ya que se considera que proporcionan información que puede ser utilizada para pronosticar la solicitud de ayuda psicológica y la permanencia en psicoterapia; además, se tomó en cuenta el diagnóstico previamente estipulado por el psiquiatra.

Se recurrió a diferentes fuentes bibliográficas y se recopiló un cúmulo de información que se organizó en base a criterios personales.

Se revisaron conceptos acerca de: Salud-Enfermedad; Importancia de Centros de Salud Mental; Psicoterapia y sus diversos enfoques, así como la importante Relación Terapéutica; Insight e Inteligencia; y los cri-

terios de Clasificación Diagnóstica de la OMS.

Así mismo, se consultaron investigaciones recientes relacionadas en esta área; de las cuales, especialmente cuatro de ellas aportaron datos valiosos que sirvieron de base para la elaboración de este estudio. (Davis y Widseth 1977; Koss, M. 1980; Rivera, O. y Rodríguez, L. 1981; Walters, G.D., Solomon, G.S. y Walden, V.R. 1982).

La población quedó constituida por 237 sujetos de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre los 15 y los 40 años de edad; esta muestra quedó distribuida en 14 grupos nosológicos de acuerdo al diagnóstico estipulado previamente por el psiquiatra, el cual está basado en los criterios establecidos por la OMS.

El manejo estadístico se realizó en dos etapas: la primera, un análisis de varianza simple; la segunda, un análisis de regresión múltiple.

Se obtuvieron diferentes modelos matemáticos para ocho de los catorce grupos, con los cuales es posible pronosticar el número de sesiones con una confiabilidad del 90% al 99%.

En seis grupos no se obtuvieron modelos matemáticos que nos permitieran pronosticar la permanencia a psicoterapia por diversos factores.

APPENDICE

MEMORIA DE CALCULO

ETAPA 1. ANALISIS DE VARIANZA SIMPLE

Comparación de los 14 grupos de diagnóstico para cada una de las variables de pronóstico ($X_1, X_2, X_3, X_4, X_5, Y$).

Datos: Tabla No. 1.

VARIABLE 1, PUNTAJE DE LA PRUEBA DE ANSTEY (RENDIMIENTO INTELECTUAL).

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F
Entre grupos	13	427.512	32.88	0.677
Intra grupos	223	10,819.738	48.51	
Total	236	11,247.25		

$$F_c = 0.667$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (13), (236)] = 1.80$$

Conclusión:

Como $F_c < F_t$ no se rechaza H_0 con $p > .95$ y $gl = (13), (236)$; por lo tanto, no existe evidencia estadística de que los grupos difieran en su valor medio.

VARIABLE 2. ESCALA K DEL MMPI.

Fuente de Variación	gl	SC	SOM	F
Entre grupos	13	503.126	38.702	1.957
Intra grupos	223	4,409.785	19.774	
Total	236	4,912.911		

$$F_c = 1.957$$

$$F_t = [\alpha = .05; \text{gl} = (13), (236)] = 1.80$$

Conclusión:

Como $F_c > F_t$ entonces se rechaza H_0 con $p > .95$ y $\text{gl} = (13), (236)$; por lo tanto, alguno de los grupos difiere significativamente de los otros.

Se calculó la prueba DMS de Duncan (Diferencia Mínima Significativa) para establecer cuáles son los grupos que difieren entre sí.

Este valor se calculó para todas las posibles combinaciones de medias tomadas de 2 en 2.

Los resultados se presentan en el cuadro de la página siguiente.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	12.35	12.17	9.33	13.20	10.75	10.25	12.14	12.55	13.00	13.92	15.11	15.83	13.70	9.56
1	12.35													
2	0.18	12.17												
3	3.02	2.84	9.33											
4	4.09	4.96	3.87	13.20										
5	-0.85	-1.03	3.65	2.45	10.75									
6	2.36	3.65	3.65	2.73	3.29	10.25								
7	1.60	1.42	-1.42	2.45	2.10	1.92	-0.92	10.25						
8	3.29	4.32	4.32	2.73	3.29	4.32	4.32	3.57	12.14					
9	0.21	0.03	-2.81	1.06	-1.39	-1.89			12.55					
10	2.67	3.87	3.87	1.95	3.01	3.01			3.37	4.38	4.38	2.82	3.64	3.64
11	-0.20	-0.38	-3.22	0.65	-1.80	-2.30	-0.41		-0.65	-0.83	-3.67	0.20	-2.25	-2.75
12	3.37	4.38	4.38	2.82	3.64	3.64	3.10		2.90	4.04	4.04	2.25	3.22	3.22
13	-0.65	-0.83	-3.67	0.20	-2.25	-2.75	-0.86	-0.45	-1.57	-1.75	-4.59	-0.72	-3.17	-3.87
14	2.58	3.30	3.30	2.58	3.30	3.30	2.58	3.30	3.29	4.32	4.32	2.73	3.57	3.57
1	-1.57	-1.75	-4.59	-0.72	-3.17	-3.87	-1.78	-1.37	-0.92					
2	-2.76	-2.94	-3.78	-1.91	-4.36	-4.86	-2.97	-2.56	-2.11	-1.19				
3	2.90	4.04	4.04	2.25	3.22	3.22	2.58	3.30	2.82	3.22				
4	-3.48	-3.66	-5.50	-2.63	-5.08	-5.58	-3.69	-3.28	-2.83	-1.91	-0.72			
5	4.09	4.96	4.96	3.65	4.32	4.32	3.87	4.38	4.04	4.32	4.04			
6	-1.35	-1.53	-4.37	-0.50	-2.95	-3.45	-1.56	-1.15	-0.70	0.22	1.41	2.13		
7	3.48	4.47	4.47	2.96	3.75	3.75	3.22	3.82	3.41	3.75	3.41	4.47		
8	2.79	2.81	-0.23	3.64	1.19	0.69	2.58	2.99	3.44	4.38	5.52	6.27	4.14	
9	3.59	4.55	4.55	3.08	3.85	3.85	3.33	3.92	3.53	3.85	3.53	4.55	4.02	

**DIFERENCIA MINIMA SIGNIFICATIVA PARA LA PRUEBA
 DE DUNCAN
 ESCALA K DEL MMPI**

VARIABLE 3. ESCALA 2 DEL MMPI (DEPRESION).

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F
Entre grupos	13	619.012	47.616	1.10
Intra grupos	223	9,610.108	43.094	
Total	236	10,229.12		

$$F_c = 1.10$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (13), (236)] = 1.80$$

Conclusión:

Como $F_c < F_t$ no se rechaza H_0 con $p > .95$ y $gl = (13), (236)$; por lo tanto, no existe evidencia estadística de que los grupos difieran en su valor medio.

VARIABLE 4. ESCALA 7 DE MMPI. (ANGUSTIA)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F
Entre grupos	13	527.2094	40.554	0.7345
Intra grupos	223	12311.2806	55.207	
Total	236	12838.49		

$$F_c = 0.7345$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (13), (236)] = 1.80$$

Conclusión:

Como $F_c < F_t$ no se rechaza H_0 con $p > .95$ y $gl = (13), (236)$; por lo tanto, no existe evidencia estadística de que los grupos difieran en su valor medio.

VARIABLE 5. ESCALA 0 DEL MMPI (INTROVERSION-EXTROVERSION).

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F
Entre grupos	13	1,344.17	103.40	1.36
Intra grupos	223	16,899.82	75.78	
Total	236	18,243.99		

$$F_c = 1.36$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (13), (236)] = 1.80$$

Conclusión:

Como $F_c < F_t$ no se rechaza H_0 con $p > .95$ y $gl = (13), (236)$; por lo tanto, no existe evidencia estadística de que los grupos difieran en su valor medio.

VARIABLE Y. NUMERO DE SESIONES.

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F
Entre grupos	13	1,259.34	96.87	2.03
Intra grupos	223	10,655.43	47.78	
Total	236	11,914.77		

$$F_c = 2.03$$

$$F_t = [z = .05; gl = (13), (236)] = 1.80$$

Conclusión:

Como $F_c > F_t$ entonces se rechaza H_0 con $p > .95$ y $gl = (13), (236)$; por lo tanto, alguno de los grupos difiere significativamente de los otros.

Se calculó la prueba DMS de Duncan (Diferencia Mínima Significativa) para establecer cuáles son los grupos que difieren entre sí.

Este valor se calculó para todas las posibles combinaciones de medias tomadas de 2 en 2.

Los resultados se presentan en el cuadro de la página siguiente.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
	7.82	13.83	5.50	6.47	6.25	8.75	6.29	12.00	6.42	4.17	9.05	5.67	7.40	8.67
1 7.82														
2 13.83	-6.01													
	6.48													
3 5.50	2.32	8.33												
	6.48	7.88												
4 6.47	1.35	7.55	-0.97											
	3.68	5.80	5.80											
5 6.25	1.57	7.58	-0.75	0.22										
	5.14	6.82	6.82	4.25										
6 8.75	-0.93	5.08	-3.25	-2.28	-2.50									
	5.14	6.82	6.82	4.25	5.56									
7 6.29	1.53	7.54	-0.79	0.18	-0.04	2.46								
	4.20	6.14	6.14	3.05	4.70	4.70								
8 12.00	-4.18	1.83	-6.50	-5.53	-5.75	-3.25	5.71							
	5.28	6.93	6.93	4.42	5.69	5.69	4.86							
9 6.42	1.40	7.41	-0.92	0.05	-0.17	2.33	-0.13	5.58						
	4.56	6.40	6.40	3.53	5.03	5.03	4.07	5.17						
10 4.17	6.35	-0.34	8.67	7.70	7.92	-5.42	7.88	-2.17	7.75					
	5.14	6.82	5.82	4.55	5.58	5.56	4.70	5.69	5.03					
11 9.05	-1.23	4.78	-3.55	-2.58	-2.80	-0.30	-2.76	2.95	-2.63	5.12				
	4.56	6.40	6.40	3.53	5.03	5.03	4.07	5.17	4.44	5.03				
12 5.67	2.15	8.16	-0.17	0.80	0.58	3.08	0.62	6.33	0.75	8.50	3.38			
	6.48	7.88	7.88	5.80	6.82	6.82	6.14	6.93	6.40	6.82	6.40			
13 7.40	0.42	6.43	-1.90	-0.93	-1.15	1.35	-1.11	4.60	-0.98	6.77	1.65	-1.73		
	5.44	7.30	7.30	4.60	5.83	5.83	5.04	5.96	5.33	5.83	5.33	7.30		
14 8.67	-0.85	5.16	-3.17	-2.20	-2.42	0.08	-2.38	3.33	-2.25	5.50	0.38	-3.00	-1.27	
	5.62	7.44	7.44	4.82	6.00	6.00	5.23	6.13	5.52	6.00	5.52	7.44	6.26	

**DIFERENCIA MINIMA SIGNIFICATIVA PARA LA PRUEBA
 DE DUNCAN
 SESIONES**

TABLA 1. DATOS POR GRUPOS POR VARIABLES

GRU.	n	ΣX_1	ΣX_1^2	ΣX_2	ΣX_2^2	ΣX_3	ΣX_3^2	ΣX_4	ΣX_4^2	ΣX_5	ΣX_5^2	ΣY	ΣY^2
1	17	578	20,336	210	2,848	560	18,916	601	21,993	600	22,942	133	1,483
2	6	195	6,387	73	961	198	6,590	230	8,970	200	6,926	83	3,163
3	6	225	8,523	56	572	198	6,746	208	7,276	203	7,243	33	235
4	70	2,303	79,195	924	13,568	2,275	76,643	2,579	98,565	2,405	87,119	453	6,501
5	12	438	16,504	129	1,453	348	10,764	390	13,266	456	18,020	75	687
6	12	390	13,416	123	1,515	379	12,515	467	18,953	511	22,267	105	1,769
7	28	918	31,662	340	4,852	902	29,708	979	35,201	1,018	39,148	176	1,444
8	11	376	13,294	138	2,078	329	10,133	393	14,803	359	12,441	132	2,262
9	19	605	20,651	247	3,621	589	19,359	692	26,526	609	21,427	122	1,160
10	12	402	13,960	167	2,577	344	11,056	445	17,305	410	15,164	170	3,110
11	19	671	24,223	287	4,589	580	18,848	668	24,426	660	24,368	172	2,374
12	6	194	6,456	95	1,551	159	4,433	194	6,570	178	5,648	34	284
13	10	351	12,493	137	1,991	300	9,140	343	12,425	352	13,094	74	808
14	9	293	10,037	86	1,016	310	10,888	332	12,920	332	12,622	78	920
$\Sigma =$	237	7,939	277,187	3,012	43,192	7,471	245,739	8,521	319,199	8,293	308,429	1,840	26,200

ETAPA II. ANALISIS DE REGRESION MULTIPLE.

GRUPO I. ESTADOS DE ANSIEDAD.

Para el grupo que estamos considerando se obtuvieron los modelos:

X_4	192.64
$X_4 X_3$	215.85
$X_4 X_3 X_2$	231.59
$X_4 X_3 X_2 X_5$	235.84
$X_4 X_3 X_5 X_2 X_1$	236.23

Aplicando el Análisis de Varianza se tiene:

ANØVA (X_4)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	1	192.64	192.64	11.56
Error	15	249.83	16.66	
Total	16	442.47		

$$F_c = 11.56$$

$$F_t = [\alpha = .01; gl = (1), (15)] = 8.68$$

Como $F_c > F_t$ se rechaza H_0 con $p > .99$ y $gl = (1), (15)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a 0 y el modelo existe.

ANOVA ($X_4 X_3$)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	2	215.85	107.93	6.67
Error	14	226.62	16.19	
Total	16	442.47		

$$F_c = 6.67$$

$$F_t = [\alpha = .01; gl = (2), (14)] = 6.51$$

Como $F_c > F_t$ se rechaza H_0 con $p > .99$ y $gl = (2), (14)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a 0 y el modelo existe.

ANOVA ($X_4 X_3 X_2$)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	3	231.59	77.20	4.76
Error	13	210.88	16.22	
Total	16	442.47		

$$F_c = 4.76$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (3), (13)] = 3.41$$

Como $F_c > F_t$ se rechaza H_0 con $p > .95$ y $gl = (3), (13)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a 0 y el modelo existe.

ANØVA (X₄X₃X₂X₅)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _c
Regresión	4	235.84	58.96	3.42
Error	12	206.63	17.22	
Total	16	442.47		

$$F_c = 3.42$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (4), (12)] = 3.26$$

Como $F_c > F_t$ se rechaza H_0 con $p > .95$ y $gl = (4), (12)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a 0 y el modelo existe.

ANØVA (X₄X₃X₅X₂X₁)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _c
Regresión	5	236.23	47.25	2.52
Error	11	206.24	18.75	
Total	16	442.47		

$$F_c = 2.52$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (5), (11)] = 3.20$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 , por lo tanto los coeficientes de regresión no son significativamente diferentes de 0 y el modelo no existe.

GRUPO 2 HISTERIA E HIPOCONDRIA.

En este grupo se obtuvieron los modelos siguientes:

X_4	765.82
$X_4 X_5$	1,560.14
$X_4 X_3 X_5$	1,715.62
$X_4 X_2 X_3 X_1$	2,006.46
$X_4 X_2 X_3 X_1 X_5$	2,015.66

Aplicando el Análisis de Varianza se tiene:

ANØVA (X_4)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	1	765.82	765.82	2.45
Error	4	1,249.01	312.25	
Total	5	2,014.83		

$$F_c = 2.45$$

$$F_t = [\alpha = .10; gl = (1), (4)] = 4.54$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 con $p > .90$ y $gl = (1), (4)$; por lo tanto, los coeficientes de regresión no son significativamente diferentes de 0 y el modelo no existe.

ANØVA (X₄X₅)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	2	1,560.14	780.07	5.15
Error	3	454.69	151.56	
Total	5	2,014.83		

$$F_c = 5.15$$

$$F_t = [\alpha = .10; gl = (2), (3)] = 5.46$$

Como $F_c \hat{=} F_t$ se rechaza H_0 con $p = .90$ y $gl = (2), (3)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a 0 y el modelo existe.

ANØVA (X₄X₃X₅)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	3	1,715.62	571.87	3.82
Error	2	299.21	149.61	
Total	5	2,014.83		

$$F_c = 3.82$$

$$F_t = [\alpha = .10; gl = (3), (2)] = 9.16$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 , por lo tanto los coeficientes de regresión no son significativamente diferentes de 0 y el modelo no existe.

ANØVA (X₄X₂X₃X₁)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	4	2,006.46	501.62	51.93
Error	1	8.37	8.37	
Total	5	2,014.83		

$$F_c = 51.93$$

$$F_t = [\alpha = .10; gl = (4), (1)] = 55.83$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA (X₄X₂X₃X₁X₅)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	5	2,015.66	403.13	NO EXISTE
Error	0	- 0.83	0	
Total	5	2,014.83		

$F_c =$ No existe.

por lo tanto el modelo no existe.

GRUPO 3. ESTADO FÓBICO Y TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

En este grupo se obtuvieron los modelos siguientes:

X_2	42.89
X_2X_3	47.74
$X_3X_5X_4$	49.80
$X_2X_5X_4X_1$	50.79
$X_2X_5X_4X_1X_3$	53.87

Aplicando el Análisis de Varianza se tiene:

ANØVA (X_2)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_C
Regresión	1	42.89	42.89	16.18
Error	4	10.61	2.65	
Total	5	53.50		

$$F_C = 16.18$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (1), (4)] = 7.71$$

Como $F_C > F_t$ se rechaza H_0 con $p > .95$ y $gl = (1), (4)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a 0 y el modelo existe.

ANOVA (X_2, X_3)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	2	47.74	23.87	12.43
Error	3	5.76	1.92	
Total	5	53.50		

$$F_c = 12.43$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (2), (3)] = 9.55$$

Como $F_c > F_t$ se rechaza H_0 con $p > .95$ y $gl = (2), (3)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a 0 y el modelo existe.

ANOVA (X_3, X_5, X_4)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	3	49.80	16.60	8.97
Error	2	3.70	1.85	
Total	5	53.50		

$$F_c = 8.97$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (3), (2)] = 19.16$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 , por lo tanto los coeficientes de regresión no son significativamente diferentes de 0 y el modelo no existe.

ANØVA (X₂X₅X₄X₁)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	4	50.79	12.70	4.69
Error	1	2.71	2.71	
Total	5	53.50		

$$F_c = 4.69$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (4), (1)] = 225$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 , por lo tanto los coeficientes de regresión no son significativamente diferentes de 0 y el modelo no existe.

ANØVA (X₂X₅X₄X₁X₃)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	5	53.87	10.77	NO EXISTE
Error	0	- 0.37	0	
Total	5	53.50		

$$F_c = \text{no existe.}$$

Por lo tanto el modelo no existe.

GRUPO 4. DEPRESION NEUROTICA.

En este grupo se obtuvieron los modelos siguientes:

X_3	180.85
X_3X_4	232.78
$X_3X_4X_5$	252.20
$X_3X_4X_2X_5$	261.83
$X_3X_4X_5X_2X_1$	262.18

Aplicando el Análisis de Varianza se tiene:

ANØVA (X_3)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_C
Regresión	1	180.85	180.85	3.63
Error	68	3,388.59	49.83	
Total	69	3,569.44		

$$F_C = 3.63$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (1), (68)] = 3.99$$

Como $F_C \leq F_t$ se rechaza H_0 con $p = .95$ y $gl = (1), (68)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a 0 y el modelo existe.

ANØVA (X_3X_4)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	2	232.78	116.39	2.34
Error	67	3,336.66	49.80	
Total	69	3,569.44		

$$F_c = 2.34$$

$$F_t = [\alpha = .10; gl = (2), (67)] = 2.39$$

Como $F_c \triangleq F_t$ se rechaza H_0 con $p = .90$ y $gl = (2), (67)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a 0 y el modelo existe.

ANØVA ($X_3X_4X_5$)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	3	252.20	84.07	1.67
Error	66	3,317.24	50.26	
Total	69	3,569.44		

$$F_c = 1.67$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (3), (66)] = 2.75$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y no es posible ajustar el modelo.

ANØVA (X₃X₄X₂X₅)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	4	261.83	65.46	1.29
Error	65	3,307.61	50.89	
Total	69	3,569.44		

$$F_C = 1.29$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (4), (65)] = 2.51$$

Como $F_C < F_t$ se acepta H_0 y no es posible ajustar el modelo.

ANØVA (X₃X₄X₅X₂X₁)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	5	262.18	52.44	1.01
Error	64	3,307.26	51.68	
Total	69	3,569.44		

$$F_C = 1.01$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (5), (64)] = 2.36$$

Como $F_C < F_t$ se acepta H_0 y no es posible ajustar el modelo.

GRUPO 5 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Para este grupo se obtuvieron los modelos:

X_4	43.05
$X_4 X_1$	94.87
$X_4 X_1 X_2$	117.70
$X_4 X_1 X_2 X_3$	123.82
$X_4 X_1 X_2 X_3 X_5$	126.34

Aplicando el Análisis de Varianza se tiene:

ANØVA (X_4)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	1	43.05	43.05	2.46
Error	10	175.20	17.52	
Total	11	218.25		

$$F_c = 2.46$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (1), (10)] = 4.96$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA (X₄X₁)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	2	94.87	47.44	3.46
Error	9	123.38	13.71	
Total	11	218.25		

$$F_C = 3.46$$

$$F_t = [\alpha = .10; gl = (2), (9)] = 3.01$$

Como $F_C > F_t$ se rechaza H_0 con $p > .90$ y $gl = (2), (9)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a 0 y el modelo existe.

ANØVA (X₄X₁X₂)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	3	117.70	39.23	2.12
Error	8	100.55	12.57	
Total	11	218.25		

$$F_C = 2.12$$

$$F_t = [\alpha = .10; gl = (3), (8)] = 2.92$$

Como $F_C < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANOVA (X_4, X_1, X_2, X_3)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	4	123.82	30.96	2.30
Error	7	94.43	13.49	
Total	11	218.25		

$$F_c = 2.30$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (4), (7)] = 4.12$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANOVA (X_4, X_1, X_2, X_3, X_5)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	5	126.34	25.27	1.65
Error	6	91.91	15.32	
Total	11	218.25		

$$F_c = 1.65$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (5), (6)] = 4.39$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

GRUPO 6. TRASTORNO PARANOIDE Y ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

En este grupo se obtuvieron los siguientes modelos:

X_3	287.41
X_3X_5	395.44
$X_3X_1X_5$	596.15
$X_3X_1X_5X_2$	602.17
$X_3X_1X_5X_2X_4$	602.19

Aplicando el Análisis de Varianza se tiene:

ANØVA (X_3)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	1	287.41	287.41	5.11
Error	10	562.84	56.28	
Total	11	850.25		

$$F_c = 5.11$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (1), (10)] = 4.96$$

Como $F_c > F_t$ se rechaza H_0 con $p > .95$ y $gl = (1), (10)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a cero y el modelo existe.

ANØVA (X₃X₅)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	2	395.44	197.72	3.91
Error	9	454.81	50.53	
Total	11	850.25		

$$F_c = 3.91$$

$$F_t = [\alpha = .10; gl = (2), (9)] = 3.01$$

Como $F_c > F_t$ se rechaza H_0 con $p > .90$ y $gl = (2), (9)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a C y el modelo existe.

ANØVA (X₃X₁X₅)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	3	596.15	198.72	6.26
Error	8	254.10	31.76	
Total	11	850.25		

$$F_c = 6.26$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (3), (8)] = 4.07$$

Como $F_c > F_t$ se rechaza H_0 con $p > .95$ y $gl = (3), (8)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a cero y el modelo existe.

ANØVA (X₃X₁X₅X₂)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	4	602.17	150.54	4.25
Error	7	248.08	35.44	
Total	11	850.25		

$$F_c = 4.25$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (4), (7)] = 4.12$$

Como $F_c > F_t$ se rechaza H_0 con $p > .95$ y $gl = (4), (7)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a 0 y el modelo existe.

ANØVA (X₃X₁X₅X₂X₄)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	5	602.19	120.44	2.91
Error	6	248.06	41.34	
Total	11	850.25		

$$F_c = 2.91$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (5), (6)] = 4.39$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

GRUPO 7. TPASTORNOS AFECTIVO, ASTENICO Y OTROS
DE LA PERSONALIDAD.

Los modelos que se obtuvieron en este grupo son los siguientes:

X_1	5.80
X_1X_2	7.91
$X_1X_2X_4$	9.75
$X_1X_2X_4X_3$	12.43
$X_1X_2X_4X_3X_5$	12.50

Aplicando el Análisis de Varianza se tiene:

ANØVA (X_1)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	1	5.80	5.80	0.45
Error	26	331.91	12.77	
Total	27	337.71		

$$F_c = 0.45$$

$$F_t = [\bar{\alpha} = .05; gl = (1), (26)] = 4.22$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA ($X_1 X_2$)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	2	7.91	3.96	0.30
Error	25	329.80	13.19	
Total	27	337.71		

$$F_c = 0.30$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (2), (25)] = 3.38$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA ($X_1 X_2 X_4$)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	3	9.75	3.25	0.24
Error	24	327.96	13.67	
Total	27	337.71		

$$F_c = 0.24$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (3), (24)] = 3.01$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA (X₁X₂X₄X₃)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	4	12.43	3.11	0.22
Error	23	325.28	14.14	
Total	27	337.71		

$$F_C = 0.22$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (4), (23)] = 2.80$$

Como $F_C < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA (X₁X₂X₄X₃X₅)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	5	12.50	2.50	0.17
Error	22	325.21	14.78	
Total	27	337.71		

$$F_C = 0.17$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (5), (22)] = 2.66$$

Como $F_C < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

GRUPO 8. TRASTORNO ANANCASTICO DE LA PERSONALIDAD.

Para el grupo que estamos considerando se obtuvieron los modelos:

X_5	315.35
$X_5 X_2$	485.57
$X_5 X_2 X_1$	522.39
$X_5 X_4 X_2 X_1$	534.62
$X_5 X_4 X_2 X_1 X_3$	535.77

Aplicando el Análisis de Varianza se tiene:

ANOVA (X_5)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	1	315.35	315.35	7.83
Error	9	362.65	40.29	
Total	10	678.00		

$$F_c = 7.83$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (1), (9)] = 5.12$$

Como $F_c > F_t$ se rechaza H_0 con $p > .95$ y $gl = (1), (9)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a 0 y el modelo existe.

ANØVA (X_5X_2)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	2	485.57	242.79	10.10
Error	8	192.43	24.05	
Total	10	678.00		

$$F_c = 10.10$$

$$F_t = [\alpha = .01; gl = (2), (8)] = 8.65$$

Como $F_c > F_t$ se rechaza H_0 con $p > .99$ y $gl = (2), (8)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a 0 y el modelo existe.

ANØVA ($X_5X_2X_1$)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	3	522.39	174.13	7.83
Error	7	155.61	22.23	
Total	10	678.00		

$$F_c = 7.83$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (3), (7)] = 4.35$$

Como $F_c > F_t$ se rechaza H_0 con $p > .95$ y $gl = (3), (7)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a 0 y el modelo existe.

ANØVA (X₅X₄X₂X₁)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _c
Regresión	4	534.62	133.66	5.59
Error	6	143.38	23.90	
Total	10	678.00		

$$F_c = 5.59$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (4), (6)] = 4.53$$

Como $F_c > F_t$ se rechaza H_0 con $p > .95$ y $gl = (4), (6)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a 0 y el modelo existe.

ANØVA (X₅X₄X₂X₁X₃)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _c
Regresión	5	535.77	107.15	3.77
Error	5	142.23	28.45	
Total	10	678.00		

$$F_c = 3.77$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (5), (5)] = 5.05$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 , por lo tanto los coeficientes de regresión no son significativamente diferentes de 0 y el modelo no existe.

GRUPO 9. TRASTORNO HISTORICO DE LA PERSONALIDAD.

Para el grupo que estamos considerando se obtuvieron los modelos:

X_4	11.14
X_4X_3	32.26
$X_4X_3X_5$	35.37
$X_4X_3X_5X_2$	36.77
$X_4X_3X_5X_2X_1$	37.18

Aplicando el Análisis de Varianza se tiene:

AN~~OVA~~ (X_4)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	1	11.14	11.14	0.52
Error	17	365.49	21.50	
Total	18	376.63		

$$F_c = 0.52$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (1), (17)] = 4.45$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA ($X_4 X_3$)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	2	32.26	16.13	0.75
Error	16	344.37	21.52	
Total	18	376.63		

$$F_c = 0.75$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (2), (16)] = 3.63$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA ($X_4 X_3 X_5$)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	3	35.37	11.79	0.52
Error	15	341.26	22.75	
Total	18	376.63		

$$F_c = 0.52$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (3), (15)] = 3.29$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA (X₄X₃X₅X₂)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _c
Regresión	4	36.77	9.19	0.38
Error	14	339.86	24.28	
Total	18	376.63		

$$F_c = 0.38$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (4), (14)] = 3.11$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA (X₄X₃X₅X₂X₁)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _c
Regresión	5	37.18	7.44	0.28
Error	13	339.45	26.11	
Total	18	376.63		

$$F_c = 0.28$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (5), (13)] = 3.02$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

GRUPO 10. PSICOSIS.

Para el grupo que estamos considerando se obtuvieron los modelos:

X_5	210.88
$X_5 X_1$	334.24
$X_5 X_2 X_3$	420.41
$X_5 X_2 X_3 X_1$	438.81
$X_5 X_2 X_3 X_1 X_4$	438.95

Aplicando el Análisis de Varianza se tiene:

ANØVA (X_5)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	1	210.88	210.88	4.30
Error	10	490.79	49.08	
Total	11	701.67		

$$F_c = 4.30$$

$$F_t = [\alpha = .10; gl = (1), (10)] = 3.28$$

Como $F_c > F_t$ se rechaza H_0 con $p = .90$ y $gl = (1), (10)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a 0 y el modelo existe.

ANØVA (X₅X₁)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _c
Regresión	2	334.24	167.12	4.09
Error	9	367.43	40.83	
Total	11	701.67		

$$F_c = 4.09$$

$$F_t = [\alpha = .10; gl = (2), (9)] = 3.01$$

Como $F_c > F_t$ se rechaza H_0 con $p = .90$ y $gl = (2), (9)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a 0 y el modelo existe.

ANØVA (X₅X₂X₃)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _c
Regresión	3	420.41	140.14	3.99
Error	8	281.26	35.16	
Total	11	701.67		

$$F_c = 3.99$$

$$F_t = [\alpha = .10; gl = (3), (8)] = 2.92$$

Como $F_c > F_t$ se rechaza H_0 con $p = .90$ y $gl = (3), (8)$; por lo tanto, ninguno de los coeficientes de regresión es igual a 0 y el modelo existe.

ANØVA (X₅X₂X₃X₁)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	4	438.81	109.70	2.92
Error	7	262.86	37.55	
Total	11	701.67		

$$F_c = 2.92$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (4), (7)] = 4.12$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA (X₅X₂X₃X₁X₄)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	5	438.95	87.79	2.00
Error	6	262.72	43.79	
Total	11	701.67		

$$F_c = 2.00$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (5), (6)] = 4.39$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

GRUPO 11. DESVIACIONES Y TRASTORNOS SEXUALES.

En este grupo se encontraron los siguientes modelos:

X_2	84.12
X_2X_3	126.56
$X_2X_3X_4$	194.81
$X_2X_3X_4X_5$	206.67
$X_2X_3X_4X_5X_1$	250.58

Aplicando el Análisis de Varianza se tiene:

AN~~OVA~~ (X_2)

Fuente de Variación	gl	SC	SOM	F_c
Regresión	1	84.12	84.12	1.95
Error	17	732.83	43.11	
Total	18	816.95		

$$F_c = 1.95$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (1), (17)] = 4.45$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

AN/VA (X_2, X_3)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	2	126.56	63.28	1.47
Error	16	690.39	43.15	
Total	18	816.95		

$$F_c = 1.47$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (2), (16)] = 3.63$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

AN/VA (X_2, X_3, X_4)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	3	194.81	64.94	1.57
Error	15	622.14	41.48	
Total	18	816.95		

$$F_c = 1.57$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (3), (15)] = 3.29$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANOVA (X_2, X_3, X_4, X_5)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	4	206.67	51.67	1.19
Error	14	610.28	43.59	
Total	18	816.95		

$$F_c = 1.19$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (4), (14)] = 3.11$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANOVA (X_2, X_3, X_4, X_5, X_1)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	5	250.58	50.12	1.15
Error	13	566.37	43.57	
Total	18	816.95		

$$F_c = 1.15$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (5), (13)] = 3.02$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

GRUPO 12. SINDROME DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL Y DEPENDENCIA DE LAS DROGAS.

En este grupo se encontraron los siguientes modelos:

X_5	22.38
$X_5 X_3$	63.90
$X_5 X_3 X_1$	81.11
$X_5 X_2 X_3 X_1$	89.95
$X_5 X_2 X_3 X_1 X_4$	91.33

Aplicando el Análisis de Varianza se tiene:

ANOVA (X_5)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	1	22.38	22.38	1.30
Error	4	68.95	17.24	
Total	5	91.33		

$$F_c = 1.30$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (1), (4)] = 7.71$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA (X₅X₃)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _c
Regresión	2	63.90	31.95	3.50
Error	3	27.43	9.14	
Total	5	91.33		

$$F_c = 3.50$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (2), (3)] = 9.55$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA (X₅X₃X₁)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _c
Regresión	3	81.11	27.04	5.29
Error	2	10.22	5.11	
Total	5	91.33		

$$F_c = 5.29$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl (3), (2)] = 19.16$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANOVA (X_5, X_2, X_3, X_1)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_C
Regresión	4	89.95	22.49	16.30
Error	1	1.38	1.38	
Total	5	91.33		

$$F_C = 16.30$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (4), (1)] = 225$$

Como $F_C < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANOVA (X_5, X_2, X_3, X_1, X_4)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_C
Regresión	5	91.33	18.27	No existe
Error	0	0.00	0	
Total	5	91.33		

$$F_C = \text{no existe.}$$

Por lo tanto el modelo no existe.

GRUPO 13. REACCION AGUDA ANTE GRAN TENSION Y
REACCION DE ADAPTACION.

En este grupo se encontraron los siguientes modelos:

X_2	20.02
X_2X_1	23.59
$X_2X_3X_4$	47.19
$X_2X_5X_3X_4$	70.03
$X_2X_5X_3X_4X_1$	107.59

Aplicando el Análisis de Varianza se tiene:

ANØVA (X_2)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	1	20.02	20.02	0.67
Error	8	240.38	30.05	
Total	9	260.40		

$$F_c = 0.67$$

$$F_t = [a = .05; gl = (1), (8)] = 5.32$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA (X_2, X_1)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	2	23.59	11.80	0.35
Error	7	236.81	33.83	
Total	9	260.40		

$$F_c = 0.35$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (2), (7)] = 4.74$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA (X_2, X_3, X_4)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	3	47.19	15.73	0.44
Error	6	213.21	35.54	
Total	9	260.40		

$$F_c = 0.44$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (3), (6)] = 4.76$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA $(X_2 X_5 X_3 X_4)$

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	4	70.03	17.51	0.46
Error	5	190.37	38.07	
Total	9	260.40		

$$F_c = 0.46$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (4), (5)] = 5.19$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA $(X_2 X_5 X_3 X_4 X_1)$

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	5	107.59	21.51	0.56
Error	4	152.81	38.20	
Total	9	260.40		

$$F_c = 0.56$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (5), (4)] = 6.26$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

GRUPO 14. EPILEPSIA.

En este grupo se encontraron los siguientes modelos:

X_1	76.41
X_1X_2	97.05
$X_1X_2X_3$	99.88
$X_1X_4X_2X_5$	105.21
$X_1X_4X_2X_5X_3$	105.65

Aplicando el Análisis de Varianza se tiene:

ANOVA (X_1)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_c
Regresión	1	76.41	76.41	3.19
Error	7	167.59	23.94	
Total	8	244.00		

$$F_c = 3.19$$

$$F_t = [\alpha = .05; gl = (1), (7)] = 5.59$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA $(X_1 X_2)$

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_C
Regresión	2	97.05	48.53	1.98
Error	6	146.95	24.49	
Total	8	244.00		

$$F_C = 1.98$$

$$F_t = [\alpha = .05; \text{gl} = (2), (6)] = 5.14$$

Como $F_C < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA $(X_1 X_2 X_3)$

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F_C
Regresión	3	99.88	33.29	1.16
Error	5	144.12	28.82	
Total	8	244.00		

$$F_C = 1.16$$

$$F_t = [\alpha = .05; \text{gl} = (3), (5)] = 5.41$$

Como $F_C < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA (X₁X₄X₂X₅)

Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	4	105.21	26.30	0.76
Error	4	138.79	34.70	
Total	8	244.00		

$$F_c = 0.76$$

$$F_t = [a = .05; gl (4), (4)] = 6.39$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

ANØVA (X₁X₄X₂X₅X₃)

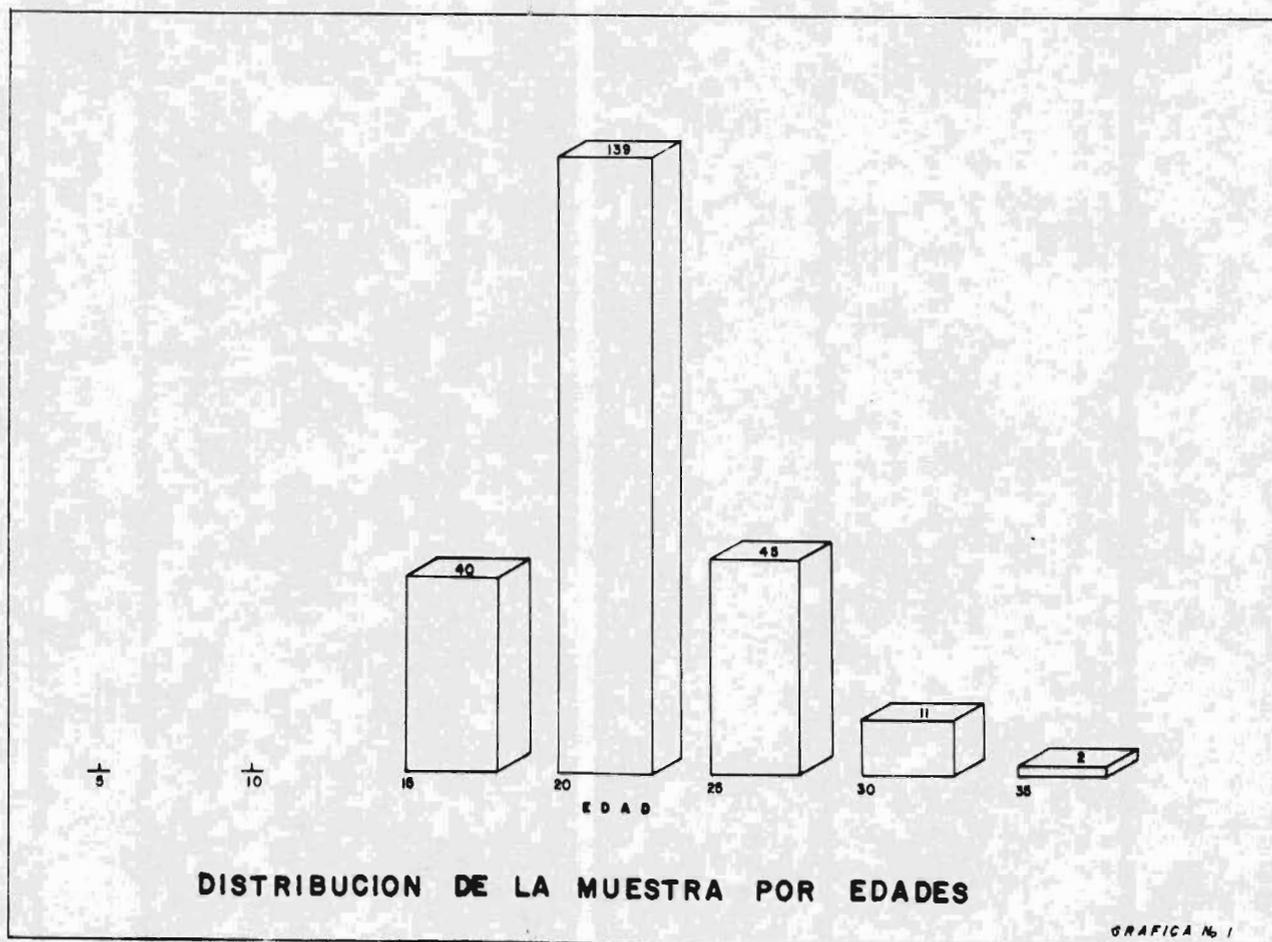
Fuente de Variación	gl	SC	SCM	F _C
Regresión	5	105.65	21.13	0.46
Error	3	138.35	46.12	
Total	8	244.00		

$$F_c = 0.46$$

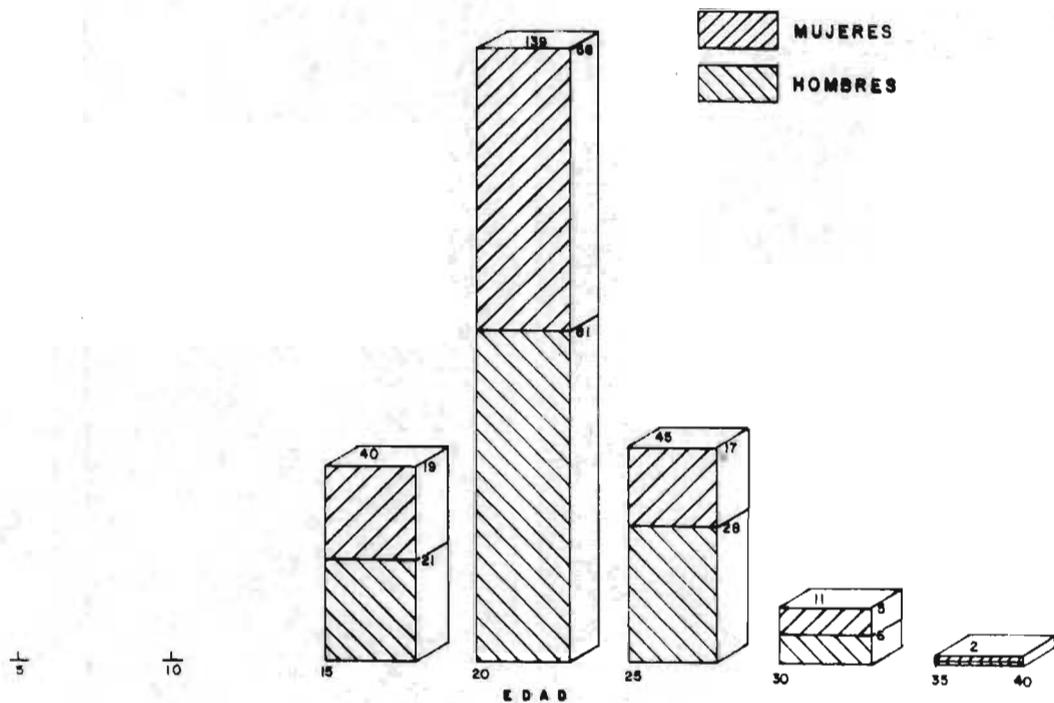
$$F_t = [a = .05; gl = (5), (3)] = 9.01$$

Como $F_c < F_t$ se acepta H_0 y el modelo no existe.

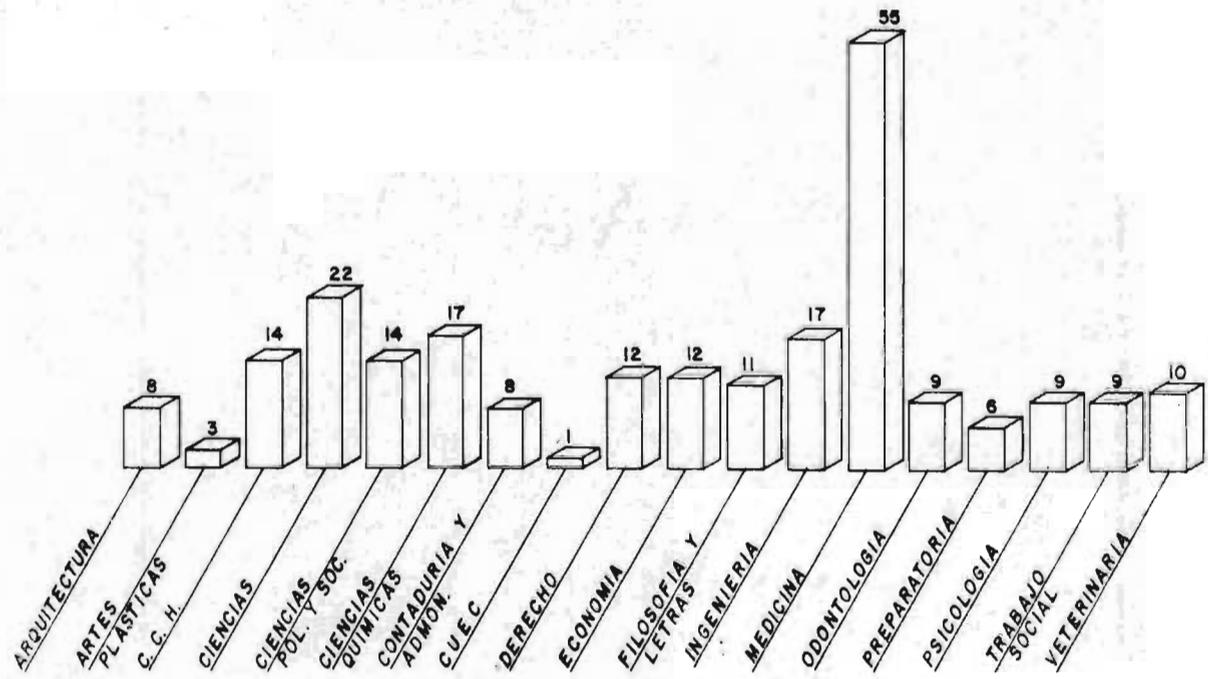
GRAFICAS



DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR EDADES



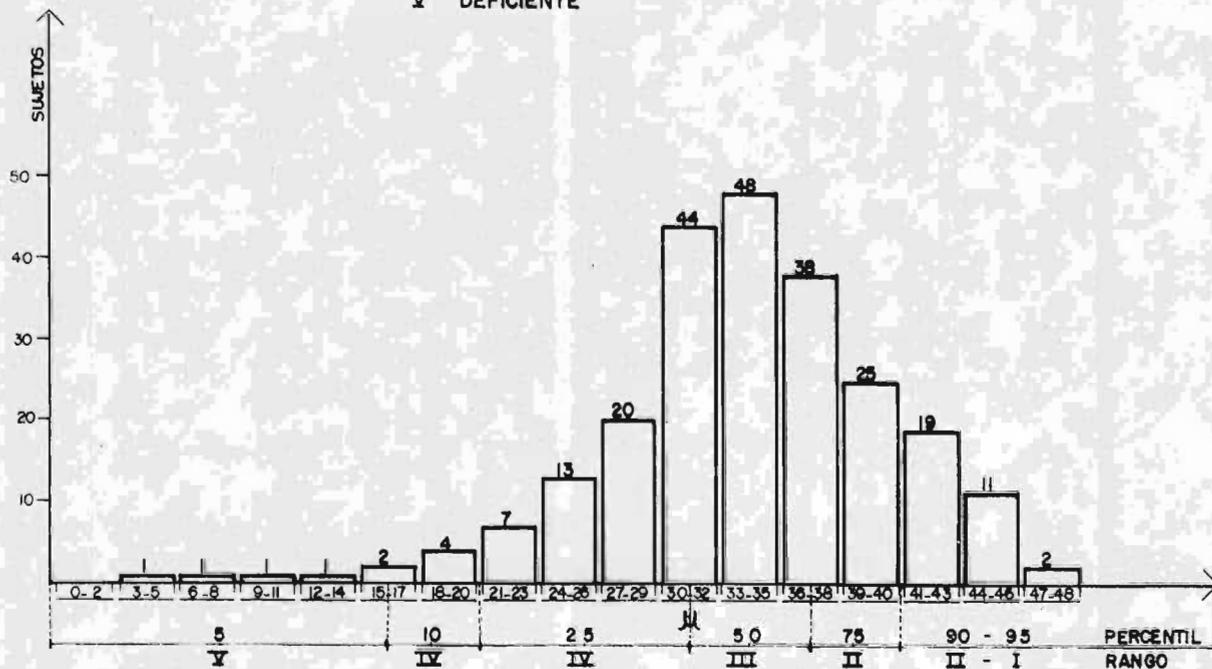
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR EDADES Y SEXO



DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR ESCUELA O FACULTAD DE PROCEDENCIA

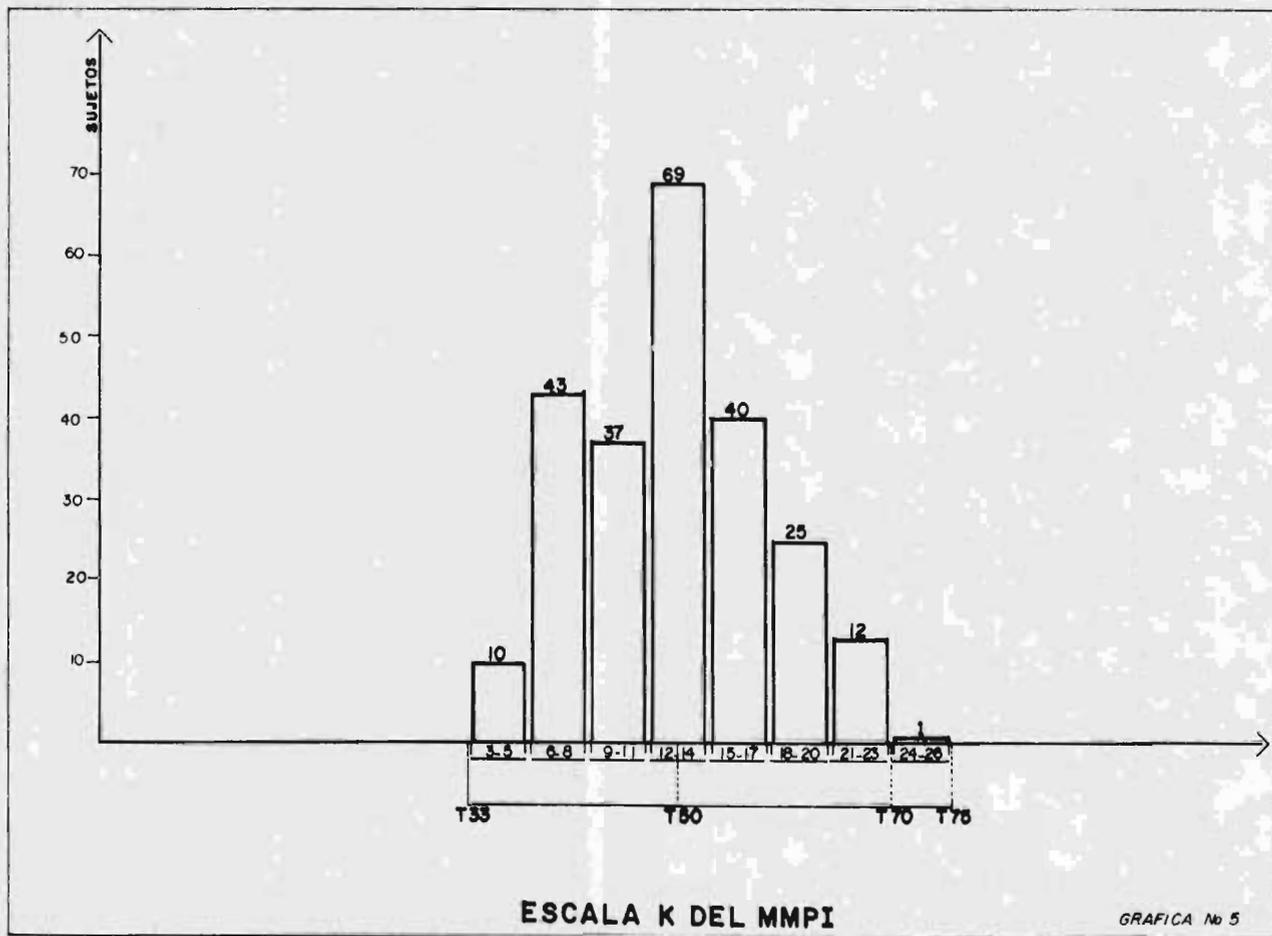
RANGO

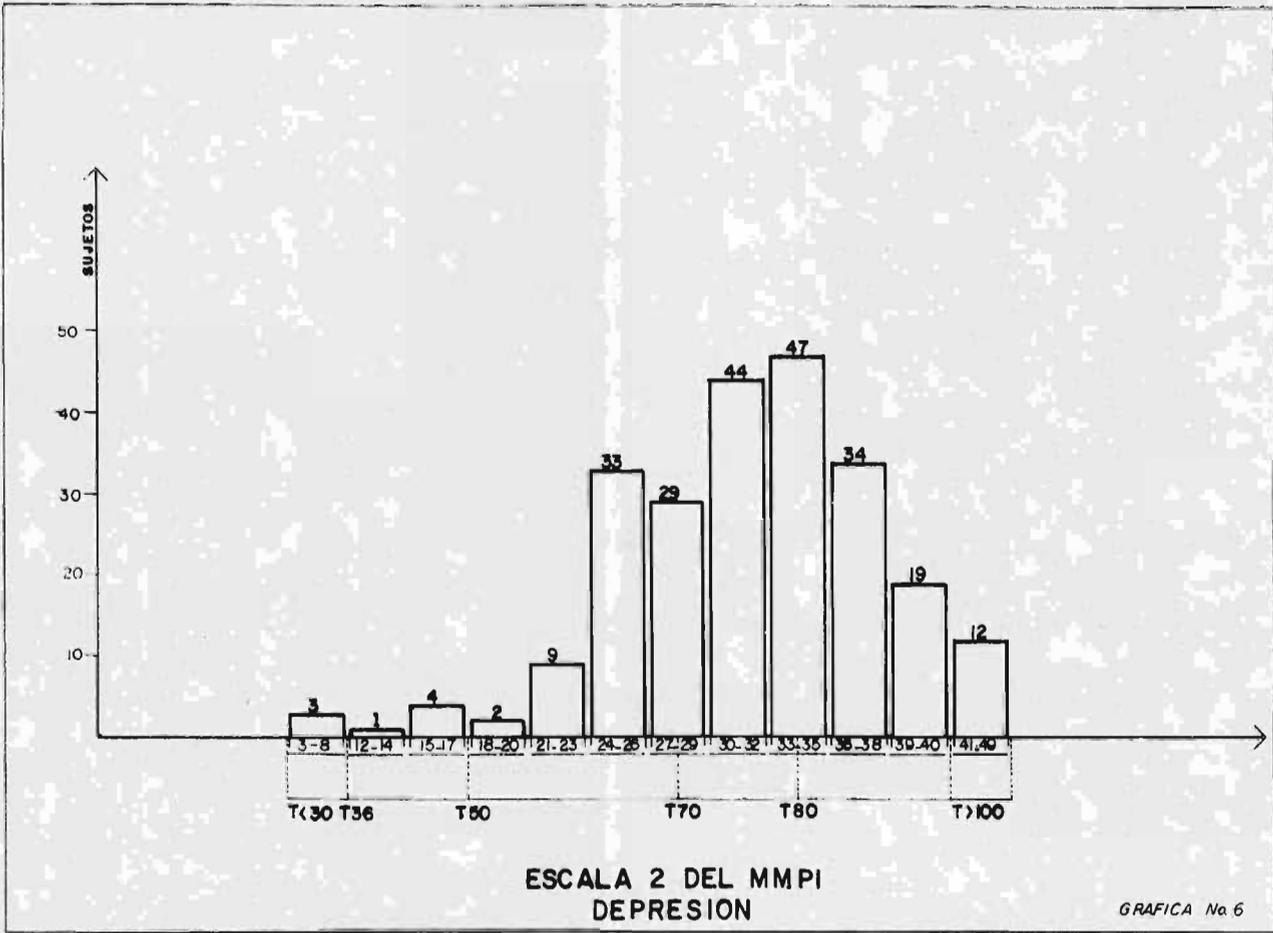
- I SUPERIOR
- II SUPERIOR AL TERMINO MEDIO
- III TERMINO MEDIO
- IV INFERIOR AL TERMINO MEDIO
- V DEFICIENTE



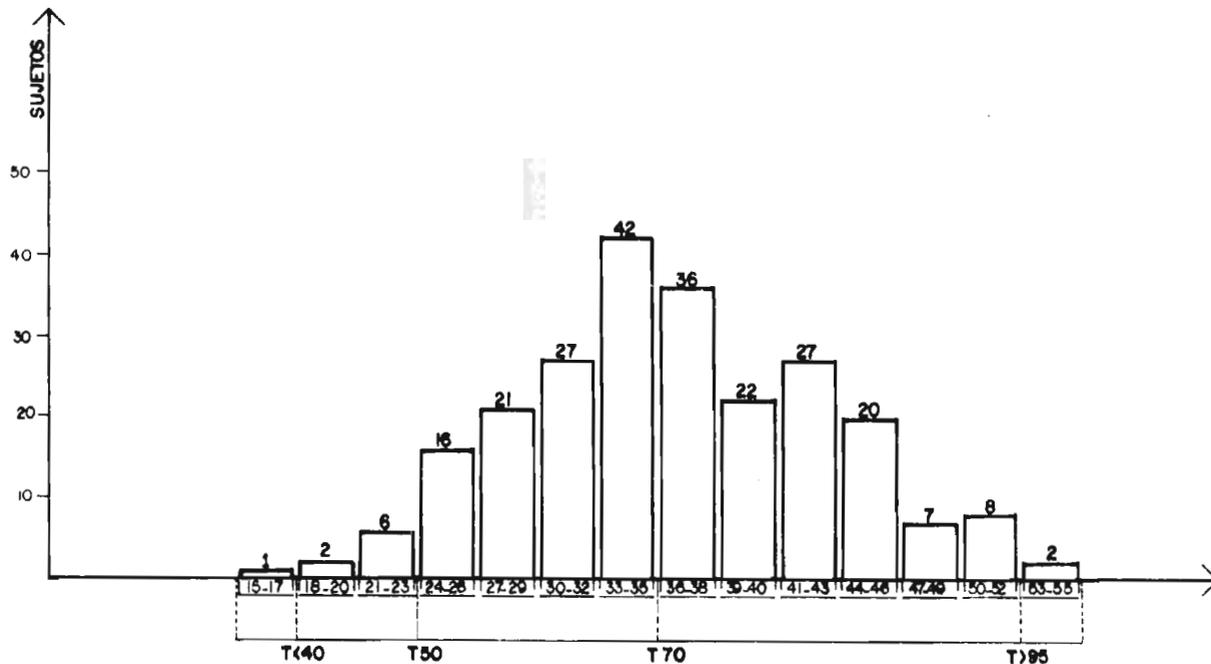
PUNTAJES DE RENDIMIENTO INTELECTUAL
(DOMINOS 48)

GRAFICA No. 4

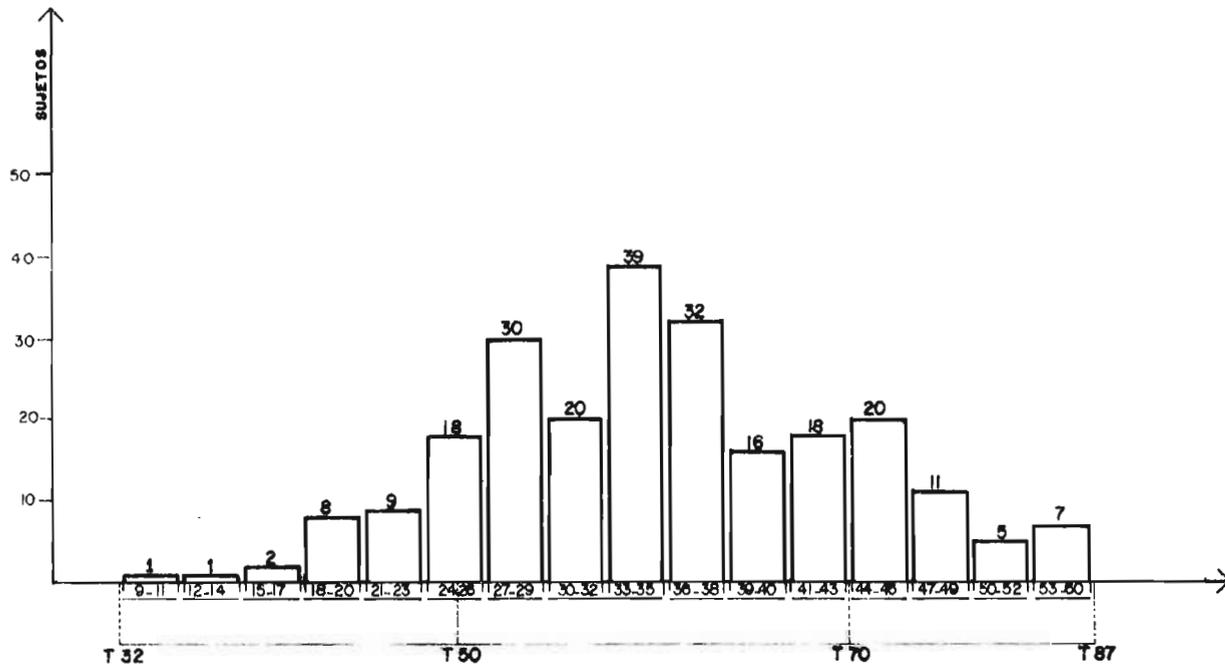




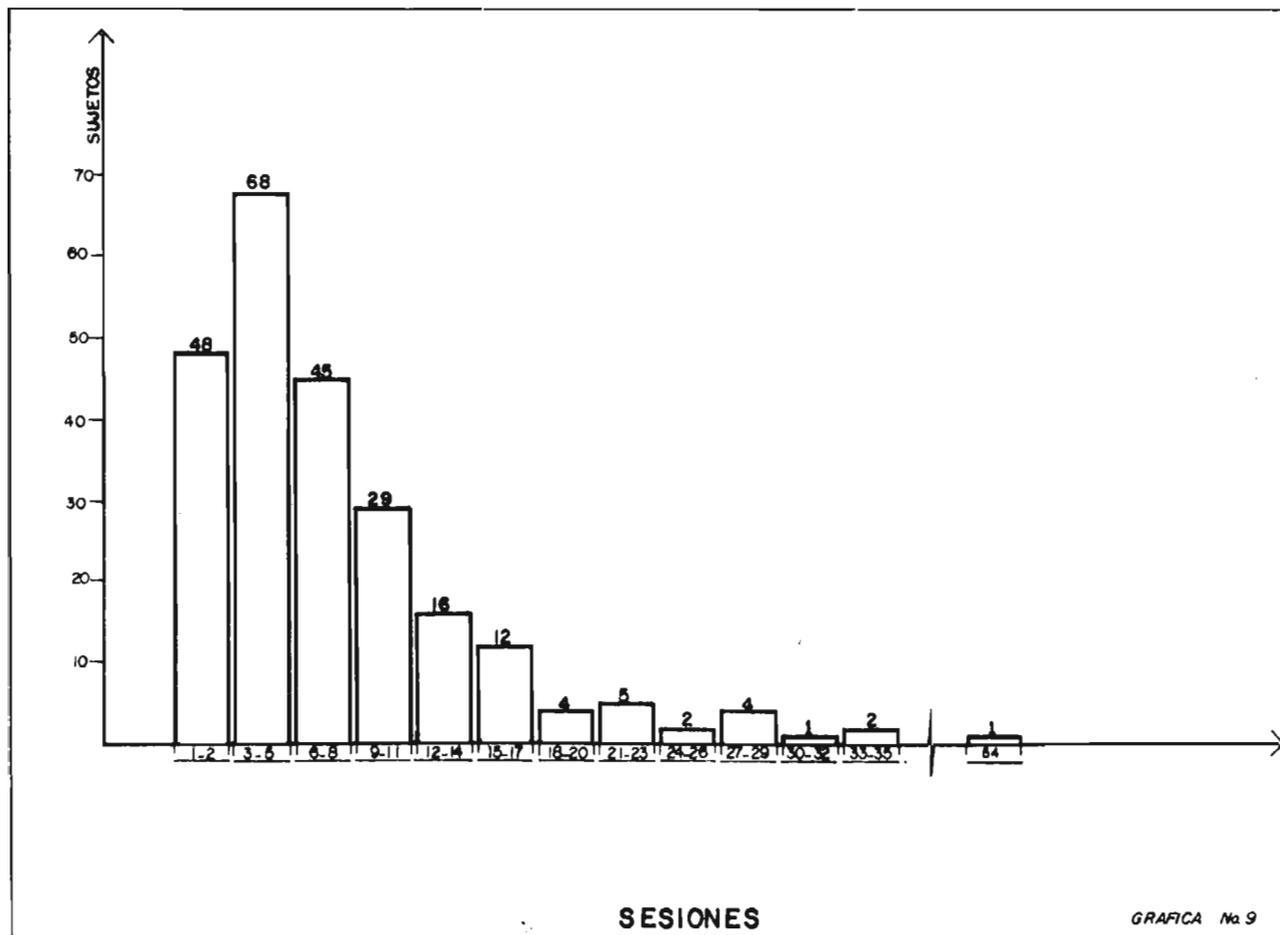
GRAFICA No.6



ESCALA 7 DEL MMPI
(ANGUSTIA)



ESCALA O DEL MMPI
(INTROVERSION-EXTROVERSION)



GRUPOS DE INVESTIGACION

		SUJETOS
GRUPO 1	Estados de Ansiedad (300) _____	17
GRUPO 2	Histeria (300.1) _____	6
	Hipocondría (300.7) _____	
GRUPO 3	Estado tóxico (300.2) _____	6
	Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3) _____	
GRUPO 4	Depresión neurótica (300.4) _____	70
GRUPO 5	Trastornos de la personalidad (301) _____	12
GRUPO 6	Trastorno paranoide de la personalidad (301.0) _____	12
	Trastorno esquizoide de la personalidad (301.2) _____	
GRUPO 7	Trastorno afectivo de la personalidad (301.1) _____	28
	Trastorno asténico de la personalidad (301.6) _____	
	Otros trastornos de la personalidad (301.8) _____	
GRUPO 8	Trastorno anancástico de la personalidad (301.4) _____	11
GRUPO 9	Trastorno histérico de la personalidad (301.5) _____	19
GRUPO 10	Psicosis (290-299) _____	12
GRUPO 11	Desviaciones y trastornos sexuales (302) _____	19
GRUPO 12	Síndrome de la dependencia del alcohol (303) _____	6
	Dependencia de las drogas (304) _____	
GRUPO 13	Reacción aguda ante gran tensión (308) _____	10
	Reacción de Adaptación (309) _____	
GRUPO 14	Epilepsia (345) _____	9

HIPOTESIS DE TRABAJO

$$y = b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + \dots + b_nX_n + b_0$$

Donde:

X_1 = Puntaje del Test de Anstey (Inteligencia)

X_2 = Escala K del MMPI

X_3 = Escala 2 del MMPI (Depresión)

X_4 = Escala 7 del MMPI (Angustia)

X_5 = Escala 0 del MMPI (Introversión - Extroversión)

y = Al número de sesiones a las cuales asiste un paciente antes de dejar la terapia

$b_{1..n}$ = Coeficientes de Regresión

VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES DE PRONOSTICO

Puntaje del Test de Anstey (Rendimiento Intelectual)

Puntaje en la Escala K del MMPI

Puntaje en la Escala 2 del MMPI (Depresión)

Puntaje en la Escala 7 del MMPI (Angustia)

Puntaje en la Escala 0 del MMPI (Introversión - Extroversión)

VARIABLE DEPENDIENTE

Número de sesiones

VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES DE DIAGNOSTICO (GRUPOS DE INVESTIGACION)

- GRUPO1 Estados de Ansiedad (300)
- GRUPO2 { Histeria (300.1)
Hipocondria (300,7)
- GRUPO 3 { Estado fóbico (300.2)
Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)
- GRUPO 4 Depresión neurótica (300.4)
- GRUPO 5 Trastornos de la personalidad (301)
- GRUPO 6 { Trastorno paranoide de la personalidad (301.0)
Trastorno esquizoide de la personalidad (301.2)
- GRUPO 7 { Trastorno afectivo de la personalidad (301.1)
Trastorno asténico de la personalidad (301.6)
Otros trastornos de la personalidad (301.8)
- GRUPO 8 Trastorno anancástico de la personalidad (301.4)
- GRUPO 9 Trastorno histérico de la personalidad (301.5)
- GRUPO 10 Psicosis (290 - 299)
- GRUPO 11 Desviaciones y trastornos sexuales (302)
- GRUPO 12 { Síndrome de la dependencia del alcohol (303)
Dependencia de las drogas (304)
- GRUPO 13 { Reacción aguda ante gran tensión (308)
Reacción de Adaptación (309)
- GRUPO 14 Epilepsia (345)

VARIABLES

VARIABLES EXTRAÑAS

Sexo

Edad

Escolaridad

Aplicación del Test

Terapeuta

•

BIBLIOGRAFIA

Arieti, S.: Interpretation of Schizophrenia. Robert Brunner, New York. 1955.

Arnau Gross, J.: Diseños Experimentales en Psicología y Educación. 2 vol. Editorial Trillas, México. 1979.

Bachrach, H.: Some Tangibles of Treatment Planning. Dynamische Psychiatrie, voll 8 (1). 1975.

Bađura, H.O.: Presentation of Factors About the Indication and Suitability for Psychoterapy Using Path Analysis. Nervenarzt, vol 47 (4). 1976.

Carpenter, P.J. y Range, L.M.: Predicting Psychotherapy Duration from Therapists' Sex, Professional Affiliation, Democratic Values, and Community Mental Health Ideology. Journal of Clinical Psychology, vol 38 (1), 1982.

Cruz Arceo, B.: Psicoterapia Individual. Psicoterapia Institucional: Marco Teórico Práctico. Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría, vol 18 (2-3). 1977.

Davis, D.A. y Widseth, J.C.: Prediction of Help-Seeking with the MMPI: the Problem of Base Rates. Journal of Clinical Psychology, vol 33 (4). 1977.

Dowds, B.N., Fontana, A.F., Russakoff, L.M. y Harris, M.: Cognitive Mediators Between Patients' Social Class and Therpists' Evaluations. Archive of General Psychiatry, vol 34 (8). 1977.

English, O.S.: Practice and Vacation Intervals. Voices: the Art & Science of Psychotherapy, vol 7 (1). 1971.

Enke, H. y Gollner, R.: Are Psychotherapeutic Treatment Procedures Determined by Differential Indications?: An Interregional Comparison of two Clinics. Zeitschrift fur Psychotherapie und Medizinische Psychologie, vol 21 (5). 1971

- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, CH.: Tratado de Psiquiatría. 8a. ed. Toray-Masson, Barcelona. 1980.
- Fenichel, O.: Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Editorial Paidós, Buenos Aires. 1966.
- Fenster, C.A., Wiedemann, C.F. y Blakin, J.: Clues to the Preferences of Therapy Styles. Multivariate Experimental Clinical Research, vol 2 (3). 1976.
- Ferrari, H.A. y Marticorena, A.: Psicoterapia de Tiempo Limitado: un Estudio de Deserción. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, vol 17 (4). 1971.
- Fiorini, H.J.: La Primera Entrevista en Psicoterapia a Corto Plazo. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, vol 17 (4). 1971.
- Frank, D.J., Hoehn-Saric, R., Imber, D.S., Liberman, L. B. y Stone, R.A.: Effective Ingredients of Successful Psychotherapy. Brunner & Mazel Inc Publisher, New York. 1978.
- Franke, A.: Examination of Effects in Client-Centered Group Psychotherapy. Zeitschrift fur Klinische Psychologie, vol 6 (4). 1977.
- Freedman, A.M. y Kaplan, H.I.: Comprehensive Textbook of Psychiatry. The Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1967.
- Freud, S.: Obras Completas. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid. 1973.
- Fromm, E.: Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea 8a. ed. Fondo de Cultura Económica, México. 1967.
- Fromm, E.: El Arte de Amar. Editorial Paidós, Buenos Aires. 1973.

- Fromm-Reischmann, F.: Psychoanalysis and Psychotherapy, Selected Papers. M. Bullard, University of Chicago Press, Chicago. 1959.
- Fromm-Reischmann, F.: Psicoanálisis y Psicoterapia. Editorial Paidós, Buenos Aires. 1977.
- Fuente M., R. de la : Acerca de la Salud Mental en México. Salud Mental, Instituto Mexicano de Psiquiatría, vol 5 (3). 1982.
- Fuente M., R. de la: Psicología Médica. Fondo de Cultura Económica, México. 1973.
- Gallo, A.I.: Revisión de las Historias Clínicas de Pacientes que Abandonaron la Psicoterapia de Grupo. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, vol 17 (2). 1971.
- Gollner, R.: The Dependence of Measured Intelligence Levels on the Testing Method Used in Clinical Psychotherapy. Zeitschrift fur Psychotherapie und Medizinische Psychologie, vol 21 (4). 1971.
- Guarner, E.: Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico. Editorial Porrúa, México. 1978.
- Guerello, M.D.: Abandono del Tratamiento en Psicoterapia Infantil. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, vol 16 (4). 1970.
- Kelner, F.A.: An Evaluation of Jochim's PT Scale in the Prediction of Premature Termination from Outpatient Psychotherapy. Journal of Clinical Psychology, vol 38 (1). 1982.
- Kerlinger, F.N.: Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología. Nueva Editorial Interamericana, México. 1975.
- Kolb, L.C.: Psiquiatría Clínica Moderna. Editorial La Prensa Médica Mexicana, México. 1980.

- Koss, M.P.: Length of Psychotherapy for Clients Seen in Private Practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol 47 (1). 1979.
- Koss, M.P.: A Multivariate Analysis of Long Term Stay in Private Practice Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, vol 36 (4). 1980.
- Lerner, M.: *Introducción a la Psicoterapia de Rogers*. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires. 1974.
- Lowenstein, L.F., Meza, M. y Thorne, P.E.: A Study in the Relationship Between Emotional Stability, Intellectual Ability, Academic Attainment, Personal Contentment and Vocational Aspirations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol 67 (1). 1983.
- Luborsky, L. et al.: Factors Influencing the Outcome of Psychotherapy: A Review of Quantitative Research. *Psychological Bulletin*, vol 75 (3). 1971.
- Lucia Moto do Prado, R.: Effect of Psychotherapy on Exceptional Children. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, vol 32 (3). 1980.
- Manthei, R.J., Vitalo, R.L. e Ivey, A.E.: The effect of Client Choice of Therapist on Therapy Outcome. *Community Mental Health Journal*, vol 18 (3). 1982.
- Maxwell, J.W. y Wilkerson, J.: Anxiety Reduction Through Group Instruction in Rational Therapy. *Journal of Psychology*, vol 112 (1). 1982.
- McGuigan, F.J.: *Psicología Experimental. Enfoque Metodológico*. Editorial Trillas, México. 1980.
- Mook, B.: Analyses of Therapist Variables in a Series of Psychotherapy Sessions with two Child Clients. *Journal of Clinical Psychology*, vol 38 (1). 1982.

- Oconnell, R.A., Golden, J.M. y Semonsky, C.J.: Which Adolescent Stays in Group Psychotherapy? *Adolescence*, vol 6 (25). 1972.
- Offer, D. y Sabshin, M.: Concepts of Normality in Psychiatry. Williams & Wilkins Co., Baltimore. 1967.
- O.M.S.: Clasificación Internacional de Enfermedades. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la O.M.S. Revisión 1965. Volumen I. Washington, Reimpresión 1972.
- O.M.S.: Aspectos Microbiológicos de la Higiene de los Alimentos: Informe de un Comité de Expertos de la O.M.S.S. reunidos con participación de la FAO. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 1976.
- Overall, J. y Klett, C.: Applied Multivariate Analysis McGraw Hill, New York. 1972.
- Pao, P.N.: On Defensive Flight to a New Object. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, vol 2 (3). 1973.
- Piaget, J.: Psicología de la Inteligencia. Editorial Psique, Buenos Aires. 1975.
- Pope, K.S., Simpson, N.H. y Weiner, M.F.: Malpractice in Outpatient Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, vol 32 (4). 1978.
- Pucheu, C.: Conceptos y Alternativas para la Rehabilitación del Enfermo Mental. *Salud Mental*, vol. 4 (3). 1981.
- Rivera, O. y Rodríguez, L.: Pronóstico en Psicoterapia a través del MMPI. UNAM, México. 1981.
- Rivera, O.: Notas Sobre la Interpretación Clínica y Psicodinámica del MMPI. En Prensa, México. 1984.

- Rogers, C.R.: Psicoterapia Centrada en el Cliente. Editorial Paidós, Buenos Aires. 1975.
- Rogers, C.R.: El Proceso de Convertirse en Persona. Editorial Paidós, Barcelona. 1981.
- Seber, G.A.F.: Linear Regression Analysis. John Wiley & Sons, New York. 1975.
- Seeman, M.V.: Patients who Abandon Psychotherapy: Why and When. Archives of General Psychiatry, vol. 30 (4). 1974.
- Sethna, E.R. y Harrington, J.A.: Evaluation of Group Psychotherapy. British Journal of Psychiatry, vol 118 (547). 1971.
- Shainess, N.: Treatment of Crises in the Lives of Women: Object Loss and Identity Threat. American Journal of Psychotherapy, vol 31 (2). 1977.
- Siegel, S.: Estadística no Paramétrica, Aplicada a las Ciencias de la Conducta. Editorial Trillas, México. 1976.
- Singer, E.: Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia. Fondo de Cultura Económica, México. 1979.
- Snedecor, G.W. y Cochran, W.G.: Métodos Estadísticos. Editorial CECSA, México, 1971.
- Strupp, H.H.: On the Basic Ingredients of Psychotherapy. Psychotherapy & Psychosomatics, vol 24 (4-6). 1974.
- Sullivan, H.S.: La Esquizofrenia como un Proceso Humano. Herrero Hnos. Sucs. Editores, México. 1964.
- Sullivan, H.S.: La Teoría Interpersonal de la Psicología. Editorial Psique, Buenos Aires. 1974.

Sullivan, H.S.: La Entrevista Psiquiátrica. Editorial Psique, Buenos Aires. 1979.

Szasz, T.S.: El Mito de la Enfermedad Mental. Amorrortu Editores, Buenos Aires. 1960.

Van Wyk, J.D.: The Identification of Therapeutic Potential. South African Journal of Psychology, vol 11 (1). 1981.

Walters, G.D., Solomon, G.S. y Walden, V.R.: Use of the MMPI in Predicting Psychotherapeutic Persistence in Groups of Male and Female Outpatients. Journal of Clinical Psychology, vol 38 (1). 1982.

Weigert, E.: The Nature of Symphaty in the Art of Psychotherapy. Psychiatry, vol. 24. 1961.

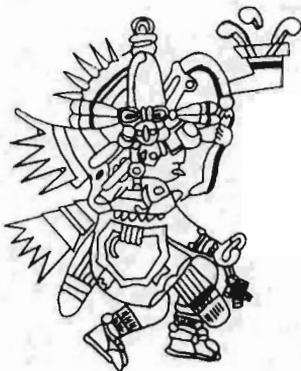
Wertheimer, M.: Productive Thinking. Harper & Brothers New York. 1959.

Wertheimer, M.: A Brief History of Psychology. Holt, Rinehart & Winston, New York. 1979.

Whitehorn, J.C.: Psychodynamic Considerations in the Treatment of Psychotic Patients. University of West Ontario, M.P. XX. 1951.

QUETZALCOATL

Quetzalcóatl, fue quizás el más complejo y fascinante de todos los Dioses mesoamericanos. Su concepto primordial, sin duda muy antiguo en el área, parece haber sido el de un monstruo serpiente celeste con funciones dominantes de fertilidad y creatividad. A este núcleo se agregaron gradualmente otros aspectos: la leyenda lo había mezclado con la vida y los hechos -- del gran Rey sacerdote Topiltzin, cuyo título sacerdotal era el propio nombre del Dios del que fue especial devoto. En el momento de la conquista, Quetzalcóatl, considerado como Dios único desempeñaba varias funciones: Creador, Dios del viento, Dios del planeta Venus, héroe cultural, arquetipo del sacerdocio, patrón del calendario y de las actividades intelectuales en general, etc. Un análisis adicional es necesario para poder desentrañar los hilos aparentemente independientes que entran al tejido de su complicada personalidad.



IMPRESO EN LOS TALLERES DE:
EDITORIAL QUETZALCOATL, S. A.
MÉDICA No. 37 LOCALES 1 Y 2 (ENTRADA POR PASEO DE LAS
FACULTADES) FRENTE A LA FACULTAD DE MEDICINA DE C. U.
MEXICO 20, D. F. TELÉFONOS 658-71-66 Y 658-70-88

UNAM

FECHA DE EXPIRACION

El lector debe obligar a devolver el libro antes
del vencimiento de préstamo señalado por el
último sello.