

870125

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Ley



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“DETECCION DE RASGOS PARANOIDES EN PACIENTES CON
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y EN
PACIENTES CON NEUROSIS”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
MARIA LORENA ASUNSOLO PUJOL
ALMA LETICIA RUIZ D'SARACHO
GUADALAJARA, JALISCO. 1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

CAPITULO I. INTRODUCCION GENERAL

Introducción y Propósitos del Estudio	1
Definición de Términos	2
Problema e Hipótesis	10

CAPITULO II. REVISION DE LITERATURA

Historia del concepto paranoide	12
Diferentes enfoques teóricos de la Paranoia	
Factores Biológicos	18
Factores Psicológicos	20
Factores Sociales	24
Manifestación de rasgos paranoides en diferentes patologías	25
Personalidad Paranoide	25
Estados Paranoides	26
Esquizofrenia Paranoide	27

CAPITULO III. METODOLOGIA

Descripción de los sujetos de muestreo	29
Variables	30
Instrumentos de Medición	30
Hipótesis Estadísticas	31
Técnicas de Análisis de Datos	32
Limitaciones	32

CAPITULO IV . ANALISIS DE LOS DATOS

CAPITULO V	
Conclusiones	39
Sugerencias	40
Glosario	42
Bibliografía	46

CAPITULO I

INTRODUCCION GENERAL

"Todos los seres humanos presentan la tendencia a acusar a otras personas de su mala fortuna" (4)

La presente tesis, intenta contribuir al esclarecimiento de la dimensión de la Paranoia, importante e interesante tópicó que ha suscitado controversias entre los científicos e investigadores de la salud mental, especialmente por la dificultad de ubicación de los rasgos paranoicos dentro de la nosología actual. Actualmente está en boca el intento por desmitificar a la Paranoia como entidad nosológica delimitada, lo que siempre fue discutido y nunca plenamente aceptado por Kretschmer y Lange que concibieron los mecanismos paranoicos como regulaciones psicológicas generales del ser humano que en unos individuos actuarían con mayor frecuencia que en otros. En atención a éstas polémicas, ésta tesis pretende brindar mayor conocimiento sobre la ubicación de los rasgos paranoicos; ésto ayudaría o daría más claridad al clínico dentro de la psiquiatría y psicología al elaborar sus diagnósticos, lo que obviamente favorecería los tratamientos y los pronósticos de los pacientes.

Se tiene un especial y quizá muy atrevido interés por enfrentar uno de los temas fundamentales u clásicos de la Psiquiatría con una orientación totalmente nueva ya que no existen investigaciones similares ni enfoques que consideren los rasgos paranoicos como componentes del grupo de síntomas de los Trastornos de Personalidad u de las Neurosis.

En un principio los planes u proyectos eran un tanto diferentes a los resultados actuales, pero sin que la idea original haya llegado a extraviarse, dada la complejidad del fenómeno paranoico, pareció necesario, por consiguiente, revisar toda la gama de la conducta paranoica desde los fenómenos cotidianos hasta las manifestaciones más patológicas y luego orientar el interés hacia los fenómenos no psicóticos.

Entonces, la presente investigación tiene como propósitos detectar la existencia de rasgos paranoicos en pacientes con Trastornos de Personalidad u con Neurosis, así como también conocer en cuál de los diferentes grupos de los trastornos mencionados se presentan con mayor intensidad u frecuencia.

En los capítulos siguientes se desarrollará un panorama general de la Paranoia intentando dar a conocer algunos aspectos importantes u sus diferentes enfoques.

DEFINICION DE TERMINOS.

Se proseguirá a definir en forma breve los diferentes conceptos psicológicos utilizados en ésta investigación.

RASGOS PARANOIDES.

Son características psicológicas o modos distintos de conducta de naturaleza mas o menos permanente que orientan al individuo a usar mecanismos proyectivos. En términos generales, se caracterizan por ser recelosos y susceptibles. La tendencia contemporánea a utilizar "paranoide" para describir a las personas que utilizan la proyección como una defensa, surge de dos fuentes: a) La interpretación de Freud de los delirios de persecución como proyecciones de deseos homosexuales inconscientes; y b) el concepto de Melanie Klein de posición esquizo-paranoide, durante la cual, según su punto de vista, el bebe lucha con su destructividad innata atribuyendola (proyectandola) al pecho, por el cual se siente perseguido.

PENSAMIENTO PROYECTIVO.

La proyección es un mecanismo defensivo en virtud del cual se atribuyen a los demás aquellos impulsos, fantasías u otras tensiones que resultan inaceptables o intolerables para el individuo.

HOSTILIDAD PARANOIDE.

Sensación de que otros sostienen sentimientos antagónicos hacia el individuo con rasgos paranoides. Este sentimiento puede estar basado en la realidad ya que es secundario a sus propias sensaciones de cólera y desconfianza.

SUSPICACIA.

El individuo está tenso, ansioso y básicamente inseguro de sí mismo. Desconfía de los demás y sospecha de sus intenciones; buscando en su conducta significados y motivos escondidos.

AUTORREFERENCIA.

El individuo encuentra experiencias persecutorias; quizá aclamatorias; pero en cualquier caso enfocadas a él mismo. Le discuten; se refieren a sus acciones y opiniones; por lo tanto él es con frecuencia el tópico de las conversaciones.

PERDIDA DE AUTONOMIA.

Pérdida del control sobre sí mismo. El paciente paranoide puede sentir que es controlado por otra persona o fuerza extraña; esto puede incluso experimentarse en forma de delirios sistematizados.

SENTIMIENTOS DE GRANDEZA.

Manifestación de sentirse único, universalmente admirado; que es secundario a los sentimientos de inutilidad o indignidad; baja autoestima y sentimientos de que otros lo maltratan y desprecian.

PERSONALIDAD.

La personalidad constituye la síntesis de todos los elementos que intervienen en la formación mental de un sujeto y le dan una fisonomía propia. Esta configuración es el resultado de las innumerables particularidades de su constitución psicofisiológica; de sus componentes instinto-afectivos --alimentados por las aferencias sensitivo-sensoriales y cenestésicas--; de sus formas de reacción y de las impresiones dejadas por todas las experiencias vividas; que han ido jalando su historia individual.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD.

No fué hasta la aparición del DSM-I (1) (1952) que se les confirió a los Trastornos de la Personalidad un reconocimiento formal y generalizado por las profesiones de la salud mental.

El DSM-II (1968) caracteriza a los Trastornos de la Personalidad como aquellos que comprenden unos patrones de conducta "profundamente alterados"; pero tales que aunque debido a su mala adaptación son cualitativamente distintos; con todos de las Neurosis y Psicosis. Estos patrones suelen establecerse tempranamente en la vida.

Según el DSM-III; los rasgos de los Trastornos de la Personalidad son patrones de percibir del individuo; relacionados con el ambiente y se presenta en un amplio rango de contextos sociales y personales. Son tan inflexibles y desadaptativos que causan ya sea impedimentos significativos en el funcionamiento social u ocupacional o angustia subjetiva.

Las manifestaciones de los Trastornos de Personalidad son generalmente detectados en la adolescencia o edades más tempranas y continúan durante el curso de la vida; aunque frecuentemente se convierten en menos obvias en la vida adulta o en la vejez. (2)

El diagnóstico del Trastorno de Personalidad debe hacerse solamente cuando los patrones característicos son típicos de un funcionamiento que ha estado permanentemente establecido durante un largo período y no se limitan a episodios temporales de enfermedad.

Frecuentemente el individuo con Trastorno de Personalidad está insatisfecho con el impacto que su conducta está teniendo en otros o con su inhabilidad para funcionar adecuadamente. Esto puede ser; aunque los rasgos que propician las dificultades sean eosintónicos; es decir; que no sean consideradas por el individuo como indeseables. Las características pueden ser eodistónicas pero el individuo puede estar incapacitado para modificarlas; aun con gran esfuerzo. Las perturbaciones del estado de ánimo

que frecuentemente se asocian con depresión y ansiedad son comunes y pueden ser la queja principal del individuo.

Al diagnosticar un Trastorno de Personalidad se tiende a encontrar un Trastorno sencillo y específico que describa adecuadamente las perturbaciones del funcionamiento de la personalidad. De acuerdo al DSM-III se puede hacer más de un diagnóstico de Trastorno de Personalidad si el individuo satisface el criterio para ello.

A continuación se definirán los Trastornos de Personalidad incluidos en ésta investigación de acuerdo a las concepciones del DSM-III.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD ESQUIZOIDE (301.20)

La característica esencial en el Trastorno de Personalidad Esquizoide es un defecto en la capacidad de formar relaciones sociales, marcada por la ausencia de sentimientos cálidos, de sentimientos afectuosos hacia otros, indiferencia al elogio o alabanza e indiferencia a la crítica de los demás. Muestra poco o ningún deseo de contacto social; usualmente prefieren permanecer "solitarios", y tener pocos o ningún amigo cercano. Parecen reservados, retirados y frecuentemente persiguen intereses solitarios. Carecen de humor y afecto en situaciones donde se requiere y están aburridos.

Frecuentemente están incapacitados para expresar agresividad u hostilidad; parecen vagos respecto a sus metas; indecisos en sus acciones; autoabsortos; ausentes y separados de su ambiente y presentan un exceso de sueños diurnos.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD HISTRIONICA (301.50).

En este trastorno se presentan en exageración conductas excesivas de dramatización reactiva e intensa y perturbaciones características en las relaciones interpersonales. Son fácilmente conmovibles y dramáticos y siempre están poniendo atención en sí mismos. Con frecuencia actúan algún rol; tales como "la víctima" o "la princesa", sin darse cuenta de ello; su comportamiento es sobrereactivo e intensamente expresado. La menor estimulación provoca excitabilidad emocional; como irritación; explosiones de coraje o berrinches. Anhelan la novedad; la estimulación y la excitación y rápidamente se aburren con las rutinas normales.

Las relaciones interpersonales muestran perturbaciones características. Inicialmente las personas con éste trastorno son percibidas como superficiales y falta de genuinidad; encantadoras y atractivas. Rápidamente pueden establecer relaciones; pero una vez formadas; pueden volverse demandantes; egocéntricas y desconsideradas.

pueden realizar amenazas manipulativas de suicidio; también pueden existir demandas de seguridad debido a los sentimientos de inutilidad u dependencia.

Las acciones de éstas personas son inconsistentes u pueden ser mal interpretadas por los demás. Son típicamente atractivos u seductores; tratan de controlar al sexo opuesto o entablar una relación de dependencia. Son comunes las fugas hacia la fantasía romántica; en ambos sexos; la conducta exagerada frecuentemente es la caricatura de la femineidad. La calidad de sus relaciones sexuales es variable. Algunos individuos son promiscuos; otros son ingenuos u sexualmente irresponsables; pero aun otros presentan ajustes sexuales aparentemente normales.

Frecuentemente experimentan períodos de intensa insatisfacción u una variedad de estados de ánimo disfóricos usualmente relacionados con cambios obvios de las circunstancias externas. Podrán hacer ademanes o intentos suicidas. Usualmente éstos individuos muestran poco interés en las realizaciones intelectuales u en pensamientos analíticos u cuidadosos; aunque frecuentemente son creativos e imaginativos.

Tienden a ser impresionables u fácilmente influenciados por otros o por novedades. Muestran una respuesta inicial positiva a cualquier figura fuerte de autoridad; de la cual piensan ellos obtener una mágica solución a sus problemas. Aunque adoptan convicciones fuertes u sin esfuerzo; su juicio no está firmemente enraizado. Pueden presentarse quejas frecuentes de pobre salud; tales como debilidad; dolor de cabeza o sentimientos subjetivos de despersonalización. Durante períodos extremos de stress; pueden existir síntomas psicóticos transitorios de insuficiente severidad u duración que justifiquen diagnósticos adicionales.

Quando el trastorno se presenta en hombres; algunas veces se asocia a un despertar homosexual.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL (301.70)

En éste trastorno existe una historia continua u crónica de conducta antisocial en la cual los derechos de otros son violados; persistiendo ésta hasta la edad adulta; iniciándose antes de los quince años de edad. Existe dificultad para desempeñar un buen trabajo en forma continua por un período de varios años (aunque éste puede no ser muy evidente en individuos que tienen un trabajo propio o que no han estado en posición de demostrar esta dificultad; por ejemplo; en estudiantes o amas de casa).

La mentira; el robo; las peleas; la holgazanería u la resistencia a la autoridad son signos tempranos típicos de la niñez. En la adolescencia; es frecuente la conducta sexual temprana o agresiva; la excesiva ingesta de alcohol u el uso de drogas ilícitas. Presentan dificultad para aceptar

las normas sociales con respecto a la conducta permitida. Después de la edad de treinta años, los más escandalosos aspectos de la conducta pueden disminuir, particularmente la promiscuidad sexual, los pleitos, la criminalidad y la vagancia.

Existen signos de stress personal incluyendo quejas de tensión, con inhabilidad para tolerar el aburrimiento, depresión y la convicción de que los demás son hostiles hacia ellos. Invariablemente existe un marcado daño en la capacidad de sostener relaciones prolongadas y cercanas, cariñosas y responsables con la familia, amigos y compañeros sexuales.

• TRASTORNO DE PERSONALIDAD PASIVO-AGRESIVA (301.84)

En éste trastorno existen resistencias a las demandas requeridas en un adecuado desempeño laboral y social; la resistencia es expresada indirectamente en vez de directamente. La consecuencia es una ineficiencia social y laboral penetrante y persistente.

El nombre de éste trastorno se basa en la suposición de que éstos individuos están pasivamente expresando agresividad encubierta. Habitualmente agravian y se oponen a las demandas hechas para mantener o aumentar un nivel de funcionamiento dado. Esto ocurre más claramente en situaciones de trabajo, pero es también evidente en el funcionamiento social. El resentimiento es expresado indirectamente, a través de maniobras tales como demoras, holgazaneos, testarudez, ineficiencia intencional y "olvidos".

Con frecuencia son dependientes y faltos de confianza en sí mismos; típicamente son pesimistas acerca del futuro pero no poseen conocimiento de que con sus conductas son responsables de sus dificultades. Aunque pueden experimentar resentimientos conscientes en contra de las figuras de autoridad, nunca relacionan su conducta pasiva-resistente con éste resentimiento.

• TRASTORNO DE PERSONALIDAD PASIVO-DEPENDIENTE (301.60). O PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA.

En éste trastorno la característica esencial consiste en que el individuo pasivamente permite a otros asumir responsabilidades en áreas importantes de su vida debido a la falta de autoconfianza y a una inhabilidad para funcionar independientemente; el individuo subordina sus propias necesidades a aquellas de los otros en quienes es

dependiente para así evadir cualquier posibilidad de tener que ser autoresponsable.

Son comunes en éstos individuos la ansiedad y la depresión ya que existe invariabilmente la preocupación de la posibilidad de ser abandonados, excepto cuando éstos individuos se las han arreglado para asegurar una relación permanente que satisfaga sus necesidades de dependencia. Experimentan intensa inconformidad cuando se encuentran solos por espacios de tiempo muy poco prolongados.

TRASTORNOS NEUROTICOS.

Segun el DSM-III, cuando Freud utilizó por primera vez el termino Psiconeurosis se refería a solo cuatro tipos: Neurosis de Ansiedad, Ansiedad Histerica (Fobia), Neurosis Obsesivo-Compulsiva y la Histeria. Freud utilizó el término en forma descriptiva para indicar el proceso etiológico que produce ansiedad o que lleva al uso de mecanismos defensivos inadaptados que resultan en la formación de síntomas. (3)

En nuestro tiempo, sin embargo, no existe un consenso en nuestro campo en como definir "Neurosis". Algunos clínicos limitan el término a su significado descriptivo mientras que otros también incluyen el concepto del proceso etiológico específico. Para evitar ambigüedad, el término Trastorno Neurótico debe usarse únicamente en forma descriptiva. El término proceso neurótico, por otro lado, debe utilizarse cuando el clínico desea indicar el concepto de proceso etiológico específico implicando la siguiente secuencia: conflictos inconscientes entre deseos opuestos o entre deseos y prohibiciones, que causan percepciones inconscientes de peligro anticipado, que lleva al uso de mecanismos de defensa que resultan en síntomas.

El término Trastorno Neurótico, según el DSM-III, se refiere a un trastorno mental en el que la perturbación predominante en un síntoma o grupo de síntomas que es angustiante para el individuo y es reconocido por él como inaceptable y extraño, o sea, egodistónico; la prueba de realidad se encuentra intacta; la conducta no viola activamente las normas sociales, aunque el funcionamiento en general puede estar marcadamente impedido; la perturbación es relativamente perdurable o recurrente sin tratamiento y no se limita a reacciones transitorias al stress; y no existe factor o etiología orgánica demostrable.

Se definirán los tipos de neurosis implicados en ésta investigación, según el DSM-III.

NEUROSIS DE ANGUSTIA (301.01)
O TRASTORNO POR ANGUSTIA.

Se caracteriza por una inquietud ansiosa difusa que puede pasar a pánico y que se asocia frecuentemente a signos somáticos.

Aun cuando las manifestaciones específicas de la ansiedad varíen de un individuo a otro; generalmente existen signos de tensión motora; hiperactividad autónoma; expectativa ansiosa o desconfianza; vigilancia y escudriñamiento.

NEUROSIS DEPRESIVA (300.40)
O TRASTORNO DISTIMICO.

El rasgo esencial en este trastorno es una perturbación crónica del estado de ánimo; relacionado con un estado de ánimo deprimido; con una pérdida de interés o placer en todos o casi en todos; en actividades comunes y pasatiempos; y síntomas asociados pero no de suficiente severidad y duración para justificar el criterio de un episodio mayor de Depresión.

El estado de ánimo depresivo o la falta de interés o placer puede ser ya sea relativamente persistente o intermitente separado por períodos de estado de ánimo normal; interés y placer. Estos períodos normales pueden durar pocos días o semanas. Comienza tempranamente en la vida adulta sin un claro establecimiento y toma un curso crónico. Pueden existir intentos de suicidio.

NEUROSIS HISTERICA-CONVERSIVA. (300.11)
O TRASTORNO DE CONVERSION.

En este trastorno la perturbación predominante es una pérdida o alteración en el funcionamiento físico que sufre un desorden físico pero que en su lugar es aparentemente una expresión de un conflicto psicológico o de una necesidad. La perturbación no se encuentra bajo control voluntario y frecuentemente las investigaciones apropiadas para el trastorno físico no pueden explicar el desorden o conocer el mecanismo patofisiológico.

Los síntomas de conversión más obvios u. "clásicos" son aquellos que sufieren padecimientos neurológicos; como la parálisis; afonía; ataques; perturbaciones de coordinación; akinesia; diskinesia; ceguera; problemas de visión; anosmia; anestesia y parestesia. Mas raramente; los síntomas de conversión pueden relacionarse con el sistema autónomo o endócrino. El vómito como síntoma conversivo puede representar disgusto. Los pseudoembarazos pueden representar un deseo y un temor a la vez al embarazo.

La definición implica dos mecanismos específicos a causa de la perturbación que han sido sugeridos para explicar lo que el individuo recibe al tener los síntomas conversivos.

En un mecanismo el individuo obtiene "ganancias primarias" al mantener un conflicto interno o una necesidad fuera de conciencia. En éstos casos existe una relación temporal entre un medio ambiente como estímulo y que está aparentemente relacionado con el conflicto psicológico o la necesidad y la iniciación o exacerbación de los síntomas. Por ejemplo, después de una discusión, los conflictos internos acerca de la expresión de rabia pueden ser expresados como "afonía" o como "parálisis" de un brazo; o si el individuo visualiza un evento traumático, un conflicto acerca de conocer dicho evento puede ser expresado como "ceguera". En esos casos el síntoma tiene un valor simbólico que es una representación y una solución parcial del conflicto psicológico encubierto.

En el otro mecanismo, el individuo gana una "ventaja secundaria" al evitar una actividad particular que lo es nociva o al obtener apoyo de su medio ambiente que de otra manera podía no tenerla. Por ejemplo, con una mano "paralizada" un soldado puede evitar disparar un arma; o una persona con una necesidad de dependencia marcada puede desarrollar una "ceguera" o inhabilidad para caminar o pararse, aunque el movimiento de las piernas pueda ejecutarse normalmente y así prevenir el abandono de su pareja.

El síntoma conversivo parece involucrar un síntoma único durante determinado episodio, pero puede variar del lugar y naturaleza si existen subsecuentes episodios.

NEUROSIS HIPOCONDRIACA. (300.70) O TRASTORNO POR SOMATIZACIÓN.

En éste trastorno la perturbación predominante es una interpretación no real de signos físicos o sensaciones anormales, que llevan a preocupaciones con temores o creencias de que se tiene una enfermedad seria. Un examen físico completo no sustenta el diagnóstico de algún desorden físico que motive los signos físicos o las sensaciones, o las interpretaciones irreales que el individuo les atribuye, aunque un trastorno físico coexistente pueda estar presente. Los temores irreales o la creencia de tener una enfermedad persisten a pesar de la visita médica, causan impedimentos en el funcionamiento social y ocupacional.

La preocupación puede ser acerca del funcionamiento del cuerpo como del latido cardíaco, de la sudoración o del peristaltismo; o con anomalías físicas menores, como una pequeña inflamación o una tos ocasional. La enfermedad o enfermedades temidas pueden implicar diferentes síntomas corporales.

PROBLEMA E HIPOSTESIS

El problema de ésta investigación es :

De los grupos de pacientes con psicopatología de Trastornos de la Personalidad y con Neurosis se pregunta :
Presentan rasgos paranoides?; una vez detectados éstos:
Con que frecuencia e intensidad se presentan dichos rasgos?
Son iguales la frecuencia e intensidad en ambos grupos?.

Respecto a la detección :

H1 : Se presentan rasgos paranoides en pacientes con Trastornos de Personalidad y con Neurosis.

Respecto a la frecuencia :

H2 : Hay diferencia estadística significativa en el puntaje T promedio en la escala de Paranoia del M.M.P.I. entre los grupos de trastornos de Personalidad y Neurosis

H3 : Hay diferencia estadística significativa en la proporción de sujetos con $T \geq 70$ en la escala de Paranoia del M.M.P.I. entre los grupos de trastornos de Personalidad y Neurosis.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- 2.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association. Masson, S.A., 1983. Pág. 319
- 3.- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Ob. Cit. Pág. 12
- 4.- Swanson, Bohnert, Smith. El Mundo Paranoide. Editorial Labor, S.A.

CAPITULO II

REVISION DE LITERATURA EXISTENTE

HISTORIA DEL CONCEPTO PARANOIDE

"A menudo, la sospecha que sentimos hacia otros proviene de que secretamente nos condenamos a nosotros mismos"
Sir Philip Sidney. (16)

No reconocible como tal, el pensamiento paranoide puede observarse en el inicio de la historia. Según Durante (4) la vida primitiva estaba llena de peligros y raramente acababa en muerte natural; ya que la violencia o la enfermedad constituía el final de la mayoría de los hombres. Como resultado de ello, el hombre primitivo y sus descendientes dudaron de que la muerte fuera un fenómeno natural y la atribuían a causas sobrenaturales; a menudo maléficas. La necesidad de una explicación condujo al hombre a sospechar del Sol, de la Luna, de las Estrellas, de los animales, de sus antepasados e incluso de miembros de su propia familia. De este modo, el hombre en su demonología primitiva imputó a los elementos no humanos e incluso inanimados de la naturaleza, sus propias motivaciones humanas; ejemplo precoz pero vivido, de pensamiento proyectivo.

Hace aproximadamente dos mil quinientos años, Platón en sus estudios psicológicos, delimitó una entidad llamada locura religiosa. Simultáneamente los médicos hipocráticos en una clasificación inicial de las enfermedades mentales, destacaron como entidades nosológicas independientes la epilepsia, la enfermedad maníaca, la melancolía y la paranoia. Si bien Hipócrates fue el primero que utilizó el término Paranoia (Gri"para"=al lado, fuera del "noia", de noo=comprender) en realidad lo empleaba en un sentido no específico, y tal como ocurre con otras denominaciones, no correspondía a los síntomas agrupados bajo el mismo nombre. La "Paranoia" así entendida era referida a todo tipo de pensamiento desorganizado o delirante consecuencia de un estado de deterioro mental. Desde la antigüedad hasta mediados del siglo XVIII, el término no fué usado nuevamente. No obstante varios componentes del pensamiento paranoide fueron delimitándose. Faltaba la consideración de que el fanatismo, religiosidad, animosidad excesiva u otras peculiaridades específicas constituyeran diferentes categorías diagnósticas, pero su conocimiento fué la base sobre la que los investigadores del siglo XVIII, sustentaron el concepto

moderno de "Síndrome Paranoide". Meninger, en sus trabajos sobre nosología, ha hecho una revisión de los datos aportados durante este período histórico. Areteo de Capadocia (100 d.c.) describió una entidad llamada "mania divina". Celso Aureliano (400 d.c.) incluyó en su definición de melancolía síntomas como la animosidad y la sospecha. Alejandro de Tralles (500 d.c.) describió igualmente un síndrome melancólico debido a la bilis amarilla; agente casual de la irritabilidad y la excitación. Durante el renacimiento (1450-1650) Schenck y Zacchias señalaron en sus nosologías la existencia de entidades patológicas tales como el fanatismo y la exaltación religiosas; igualmente Robert Burton incluyó en su "Anatomía de la Melancolía" una categoría sindrómica similar.

En las mencionadas nosologías se muestra una primera delimitación de algunos rasgos como la religiosidad, grandiosidad, animosidad excesiva y beligerancia. Aunque éstas características aparecen con claridad, el cuadro paranoide iba definiéndose paulatinamente. Un poco más tarde, De Sauvages describió la "Despersonalización o ideas delirantes de transformación". Señaló la creencia en algunos pacientes de que se transformaban en animales o bien que cambiaban de sexo (indicios de conflicto homosexual). A principios del siglo XIX, Neumann y más específicamente Heinroth se apercebieron de que existía un trastorno psíquico que combinaba la perturbación intelectual con la exaltación y lo denominaron Paranoia. A mediados del siglo XIX, el concepto "Paranoide" quedó bien establecido. Kahlbaum (1863) afirmó la creencia de que la paranoia es una forma de "locura" parcial que afectaba principalmente la esfera intelectual. Así procedió a clasificar la paranoia según el predominio de las alteraciones intelectuales: exaltación de la autoestimación y disminución de la autoestimación o depresión sin modificación de la propia valoración. (5)

Hace cien años ya se consideraba que al fenómeno o proceso paranoide no se le podía adscribir unas fronteras nosológicas; y a pesar de los esfuerzos realizados para individualizarlo como entidad nosológica, todavía permanece hoy como un grupo de síntomas que pueden presentarse parcial o totalmente en diversos estados patológicos. Emil Kraepelin llegó a la conclusión pese a sus intensos estudios, de que el concepto paranoide era más artificioso e inclasificable que ningún otro trastorno mental. Al igual que sus predecesores, destacó semiológicamente las formaciones delirantes sistematizadas y los rasgos depresivos, expansivos y alucinatorios; añadiéndoles la demencia litigante. Reconoció la relación entre la paranoia y la demencia precoz; pero al clasificar aquella como un subgrupo de ésta, le planteaba dificultades debido a la evidente controversia sobre la edad de inicio de la

enfermedad u sobre el hecho de si ésta producía un estado de deterioro. Finalmente separó de la demencia precoz algunos cuadros paranoides agrupándolos bajo los términos "Parafrenia" u "Paranoia". Esta última la aisló completamente con respecto a otras psicosis endógenas, atribuyéndola a un desarrollo anormal que acontece en personalidades premórvidas bajo la influencia de tensiones cotidianas. Su definición de "Paranoia-vera", es en esencia la definición aceptada de hoy día en psiquiatría: "insidioso desarrollo de un sistema delirante persistente e incommoible, hallándose al mismo tiempo conservadas la claridad u el orden de pensamiento, la voluntad u la acción.

Las características clínicas del proceso paranoide fueron descritas u clasificadas por Kraepelin u sus predecesores. Sin embargo, su clasificación de los trastornos paranoides en varios subtipos ha incitado a una controversia, resultado de la afirmación de que existe más de una afección paranoide, basada inicialmente en dos características clínicas que varían en el paciente paranoide: 1) el grado hasta el que una creencia paranoide distorsiona el pensamiento o la creencia totales del paciente, u 2) el pronóstico u grado de deterioro mental. (6)

Adolf Meuer afirmó que de hecho, las condiciones paranoides se dividen en dos tipos: "Paranoia genuina", en la que sobre una personalidad constitucionalmente inferior, la aberración sigue unas líneas muy definidas, existiendo poca tendencia a la demenciación u las "Condiciones paranoides", en las que las ideas delirantes de sospecha forman parte de un proceso con deterioro mental tal como la esquizofrenia, la psicosis alcohólicas crónicas o los trastornos involutivos, todos ellos asociados a otros síntomas no paranoides.

Eugen Bleuler reconoció la existencia de al menos tres tipos de trastornos paranoides: Paranoia, la forma paranoide de la demencia precoz u un grupo intermedio. Describe las reacciones paranoides tal como lo hizo en sus trabajos sobre esquizofrenia. De hecho su renovadora contribución al estudio del concepto paranoide fué sugerir que toda forma de paranoia era sintomática de esquizofrenia. Manifestó sus dudas sobre la clasificación Kraepeliana de las afecciones paranoides, llegando a la conclusión de que las características clínicas de la esquizofrenia eran también evidentes en la paranoia u en la parafrenia. Sus conclusiones u asimismo, las de Lanke han influido mucho sobre el enfoque que se dá a los síndromes paranoides en los Estados Unidos. Como resultado de ello, la conducta paranoide es considerada como formando un "continuum" que abarcaría desde los síndromes más leves hasta los de mayor gravedad, pero no estructurado en entidades aisladas. El DSM-II incluye la categoría diagnóstica "Estados Paranoides" que comprende la paranoia u los cuadros paranoides

involutivos; pero éstos diagnósticos son poco utilizados y suponen cierta relación implícita con la esquizofrenia. Esta actitud contrasta enormemente con el pensamiento de la psiquiatría europea en la que, en general, los trastornos paranoides representan un grupo heterogéneo.

Retterstol establece la diferencia entre las ideas delirantes secundarias esquizofrénicas, y las que son un fenómeno primario, responsables de la paranoia así como de un considerable número de otras psicosis paranoides no esquizofrénicas.

Redlich, Freedman y Retterstol han revisado los estudios de Ernest Kretschmer sobre psicosis paranoides no esquizofrénicas de naturaleza reactiva y lo caracterizan por presentarse en pacientes predisuestos, con una estructura de personalidad vulnerable, que incluye una tónica hipersensibilidad y rigidez y que están sujetos a vivencias que les provocan conflictos intrapsíquicos. Henderson y Batchelor valoran la existencia de una predisposición personal pero subrayan que en las condiciones paranoides menores, las ideas delirantes y también otras manifestaciones clínicas están más condicionadas ambiental que constitucionalmente.

A consideración de la llamada "Paranoia leve" subraya un nuevo énfasis para los síndromes paranoides reactivos. Este concepto implica la existencia de una forma transitoria de afección paranoide, en la que los síntomas de sospecha, hostilidad, ideas de grandeza y tendencia a la conducta litigante están amortiguados. Lanfeldt ha señalado cómo dicho trastorno puede adoptar la forma de reacciones celotíficas que si bien son comunes en las personas normales, adquieren proporciones paranoides en individuos que presentan mayor sensibilidad producida por la combinación de tensión psicológica y factores tales como psicopatología, debilidad mental y alcoholismo crónico.

El DSM está basado en la sistemática kraepeliana. Se incluye en dicha nomenclatura la "Personalidad Paranoide" pero esencialmente todos los trastornos paranoides, incluyendo los esquizofrénicos, aun considerados de naturaleza reactiva.

La nomenclatura oficial comprende las siguientes designaciones: Esquizofrenia tipo paranoide, Estados paranoides, Paranoia, Estado paranoide involutivo y otros Estados paranoides como por ejemplo la Folie à deux, psicosis de Windigo etc. y Personalidad paranoide. Asimismo se hace notar como los rasgos paranoides pueden ser síntomas asociados de afecciones cerebrales orgánicas. (7)

La mayoría de los manuales norteamericanos de la Psiquiatría siguen ésta clasificación, con modificaciones o ampliaciones circunstanciales. Kolb estima que todos los

trastornos paranoides son básicamente respuestas sintomáticas a tensiones, y considera que la reacción paranoide constituye un continuum. Si la reacción es leve, aparecen las peculiaridades de la personalidad paranoide; una reacción con mayor gravedad provoca un paranoia o un estado paranoide, y si dicha reacción es aún más grave, una esquizofrenia paranoide.

Cameron concluye que desde un punto de vista práctico, no se puede separar diagnósticamente las condiciones paranoides de la esquizofrenia o la psicosis maniaco depresiva, tomando en cuenta el contexto de la situación en las que se presentan y el grado de rearsión existente. (1)

Algunos psiquiatras norteamericanos encuentran particularmente útil, el considerar "toda" la conducta, incluyendo la paranoide, como un "continuum". Llegando a la conclusión de que no existen datos etiológicos, sintomatológicos y pronósticos suficientes, para poder clasificar los trastornos paranoides. (8)

Resumiendo, clínicamente, los síndromes paranoides muestran una distinción cuantitativa de una sintomatología gradualmente deteriorada. La transición desde la personalidad paranoide hasta la esquizofrenia paranoide, con los estados paranoides y la paranoia, intermedios fenomenológicamente, muestran una graduación en cuanto a la pérdida de la apreciación de la realidad, nivel del trastorno del pensamiento, distorsiones perceptuales y mecanismos regresivos, así como la creciente incapacidad para desenvolverse en el trabajo y en las relaciones interpersonales.

Etiológicamente se pueden mostrar mayores diferencias cualitativas ya que los pacientes con personalidad paranoide parecen presentar claros indicios de su reactividad frente a factores ambientales, y probablemente reflejan un módulo de vida. Por el contrario, existen evidencias que indican que en la producción de las condiciones esquizofrénicas paranoides están involucrados factores constitucionales y orgánicos, aunque los componentes reactivos parecen operar también en dichos pacientes.

DIFERENTES ENFOQUES TEORICOS DE LA PARANOIA

Las reacciones paranoides también forman un puente entre el "pensamiento normal u delirante". Es bien sabido que las actitudes de crédito, confianza y expectativas, o sus contrarias, son parte del contexto del pensamiento de toda persona normal, lo mismo que de las reacciones paranoides. Todos actuamos continuamente con tales actitudes, incluso en cuestiones tan sencillas como acercarse a una puerta y

celosos; que antes nada significaban. Cuando sospechamos de algo, notaremos mas cosas que parecen justificar nuestras sospechas y que no veíamos antes.

Todo esto lleva a la cuestión de diferenciar entre pensamiento delirante y pensamiento no delirante. El modo que tenemos de actuar con base en información fragmentaria; de interpretar signos y señales; de depender de significados ocultos e intuiciones; de reconstruir lo que "recordamos" u de estar sujetos siempre a influencias y emociones cambiantes; hace sumamente difícil el formular una distinción clara.

No sería difícil probar la presencia de ideas paranoides incluso entre personas aparentemente normales. No es rara en la vida cotidiana la plena aceptación de una creencia u su persistencia indefinida; aunque contradica todas las evidencias objetivas. Sin embargo; cuando sucede esto; se trata de una creencia compartida por otros miembros de la misma cultura. No es una creencia que dependa de pruebas objetivas sino de la identificación con el grupo. El límite entre normalidad u anormalidad se considera establecido; con la idea de "contacto con la realidad".

Las reacciones paranoides parecen abundar en la población general; pero es imposible calcular con exactitud su número. Por una parte; tenemos tendencias paranoides moderadas en personas normales y neuróticas; las cuales no son perjudiciales; por otra parte; suelen venir disfrazadas de precaución o esnobismo. Las principales defensas paranoides—la negación u la proyección— están presentes en cierto grado en toda persona. Si éstas tendencias; dominan en la estructura de una persona; si cuando hay stress se presenta la regresión fácilmente u si las creencias delirantes tienden a persistir a pesar de las pruebas en contra; entonces tenemos justificación al hablar de reacción paranoide. Al mismo tiempo; debemos dejar lugar a las muchas creencias irracionales que los grupos de personas normales tienen sin el apoyo de alguna evidencia o en presencia de alguna evidencia contradictoria. (9)

Se han formulado numerosas especulaciones teóricas en cuanto al origen del pensamiento paranoide como fenómeno. A continuación se hablará de las diferentes etiologías biológicas; psicológicas y sociales acerca de la paranoia.

FACTORES BIOLÓGICOS.

Según Freedman, Kaplan u Sadock; la herencia biológica parece que no interviene en el desarrollo de los estados paranoides. Sin embargo; puede suponerse que por alguna razón el individuo ha desarrollado una cierta predisposición a desconfiar de los demás u a proyectar sus propios sentimientos siempre que sufra un stress. Tampoco existen bases neuropatológicas conocidas o concomitantes neuropatológicas de los estados paranoides. (15)

El pensamiento paranoide se puede observar asociado a numerosas enfermedades que provocan cambios estructurales o funcionales a nivel del sistema nervioso. Desde un punto de vista clínico, los síntomas paranoides preceden a menudo a los signos típicos expresivos de un síndrome cerebral orgánico; o se presentan incluso en ausencia de éstos. En tales casos, el fenómeno paranoide es aparentemente el signo indicativo más incipiente de una disfunción orgánica, apareciendo antes de que se hagan evidentes; desde un punto de vista clínico, los déficits mnésicos, la desorientación o el estado confusional. Es en los síndromes orgánicos insidiosos, o de poca expresividad clínica, donde son más frecuentes los rasgos paranoides, sufriendo que en orden a que se produzca el pensamiento paranoide, ciertas funciones deben estar alteradas en tanto que otras permanecen aún conservadas. (10)

Entre los distintos orígenes que tiene el pensamiento paranoide observable en lo síndromes orgánicos, y que se tiende a relacionarlo con localizaciones anatómicas o agentes específicos, han destacado con mayor fuerza aquellos casos en que dicho pensamiento paranoide estaba asociado a la ingesta de amfetaminas o a lesiones del sistema límbico; aunque el fenómeno paranoide incida en circunstancias en las que actúan otros muchos agentes o existan lesiones cerebrales a otros niveles. No obstante, los trastornos más comúnmente asociados con el pensamiento paranoide son los que provocan alteraciones específicas de la percepción y de la memoria. Así, ciertos fármacos o enfermedades producen una hiperacuidad y una tendencia a las formaciones ilusorias; cualquiera de las cuales puede originar una percepción exagerada o distorsionada del medio. Si tales apreciaciones erróneas se atribuyen al medio instauran la formación de sospechas y conclusiones referenciales o incluso delirantes. El proceso a través del cual se atribuyen éstas falsas percepciones a las circunstancias que rodean al individuo; se va facilitando por la "insidia" con la que actúa el daño orgánico; la poca expresividad de sus efectos en otras funciones corporales y la liberación de afectos normalmente inhibidos como pueden ser los arrebatos coléricos. Como consecuencia de todo ello, el individuo no se percata con claridad del impacto de su enfermedad o de los fármacos. La mayoría de los trastornos orgánicos cerebrales producen al final un deterioro de la memoria. Sin embargo, en ciertas condiciones, la alteración de los procesos neurofisiológicos responsables de la función mnésica pueden preceder durante algún tiempo a la aparición de otros signos; o en los trastornos intermitentes tales como la actividad convulsionante; constituye dicho deterioro el único residuo tras una descarga cortical. Cuando la memoria de filiación se ve firme o frecuentemente alterada, le resulta imposible al cerebro arabar un flujo de acontecimientos ambientales. El individuo sin percatarse de

la falta de continuidad; atribuye las inconsistencias al medio; distorsión que es reconocible en forma de sospeicia y proyección. Las experiencias pasadas o presentes; pueden influir en el momento y la intensidad de la aparición de las conclusiones paranoides. En éste sentido; un medio ambiente que apoye; explique pacientemente y plantee pocas exigencias puede minimizar la necesidad de proyectar; no obstante; si el daño orgánico fuera lo suficientemente específico; insidioso y penetrante; sería imposible; lógicamente; la conservación de la capacidad de discernimiento.

FACTORES PSICOLÓGICOS.

El sistema nervioso humano es muy complejo; y la conducta paranoide; al igual que otros tipos de conductas; ha resistido largamente las tendencias reduccionistas en el sentido de considerarla expresión de algún proceso fisiopatológico específico; a pesar de lo anteriormente mencionado; en las que se expone de manifiesto la relación entre algunos ejemplos de pensamiento paranoide y ciertas modificaciones estructurales o fisiológicas de los sistemas perceptivo y mnésico. La realidad es que los estudios psicológicos constituyen la mayoría de las aportaciones bibliográficas al tema de la sintomatología paranoide. Este hecho se hace comprensible cuando uno se percata de la calidad altamente organizada de la conducta paranoide; lo que parecerá exigir mecanismos neurofisiológicos intactos. (11)

El uso de la psique como modelo para comprender la conducta normal; ha sido una necesidad aunque gran parte de dicha conducta no haya podido reducirse a un nivel auténticamente fundamental de causalidad. (17) Las teorías psicológicas tratan efectivamente con relaciones causa-efecto; pero a un nivel en que se comprende un acontecimiento abstracto como provocado por otro suceso también abstracto aunque más obvio o básico.

Sin embargo; existen una variedad de teorías que parecen apuntar genuinamente al último "porque" del proceso paranoide; otras que parecen aportar un poco más que una simple redescrición de tal conducta y todas ellas son útiles para esclarecer más nuestro conocimiento; por lo que se incluyen en esta revisión bibliográfica.

Existen hipótesis etiológicas en las que se discute si la causa primaria del pensamiento paranoide radica en un trastorno intelectual o afectivo. (20) Heinroth y Kahlbaum opinaron que se trataba de un trastorno que afecta principalmente la esfera intelectual. Kraepelin mantuvo asimismo este punto de vista; definiendo la paranoia como "la construcción; a partir de premisas falsas; de un sistema de ideas delirantes lógicamente desarrollado; con partes lógicamente relacionadas e inmovibles; sin que ninguna perturbación demostrable afecte a las otras funciones mentales" Aunque admitió que existía una controversia

entre los factores intelectuales y afectivos como causantes de la paranoia. Bleuler creó que primero se debilita la facultad de razonamiento lógico y, únicamente a causa de ello, aparece incrementada la influencia de la afectividad.

Como contraste, Adolph Meyer llegó a la conclusión de que la paranoia debía considerarse como un trastorno circunscrito del sistema afectivo: "sin importar las circunstancias arquetipamos el peso de una ruptura fundamental del aparato afectivo; una ruptura de los instintos normales". Creó Meyer que dicho trastorno se produciría como consecuencia de un desarrollo anormal; una experiencia abrumadora o un deterioro mental.

Jung trató de resolver esta controversia proponiendo que en la condición paranoide existe un estado anormalmente intenso que cristalizaría al iniciarse la enfermedad. Especialmente en la época en que se experimentan éstos afectos por vez primera; producen una asimilación de incidencias ambientales no relacionadas entre sí. Esta combinación de un trastorno afectivo y las observaciones, creencias y símbolos finalmente asociados a él; traen como consecuencia el desarrollo de un complejo. Los sentimientos referenciales y las ideas delirantes paranoides son el resultado de la persistencia de este complejo; notablemente acentuado.

De las referencias revisadas; parece deducirse con claridad que los primeros clínicos atribuyeron la causa del pensamiento paranoide a un trastorno de la esfera intelectual o de la afectiva. Es probable que ni Bleuler ni Meyer concibieran realmente la afectividad y el intelecto como partes actuantes independientes entre sí; ya que ésto conduciría eventualmente a una controversia circular en la que no hay principio ni fin. (12) Aunque ambas funciones; la intelectual y la afectiva; se ven involucradas en el proceso paranoide; tal como aclara el concepto de complejo sostenido por Jung; es posible que en ciertos pacientes el factor primario sea una de ellas; mientras que en otros se cumpla lo contrario.

Es probable que si el trastorno de la afectividad es lo suficientemente resarantino y grave; cualquier persona puede responder con una interpretación paranoide. El módulo del pensamiento paranoide se vé evocado por la intensidad afectiva; y en éste sentido; en las personas predisuestas; los acontecimientos dotados de una menor carga emocional son capaces de estimular un pensamiento paranoide. Una vez instituido; el modo de pensar paranoide tiende a mantenerse y a convertirse en el sistema que utilizará en el intelecto para enfrentarse a futuros conflictos emocionales.

Si bién tanto las alteraciones intelectuales como las afectivas pueden contribuir a la formación del pensamiento paranoide; desgraciadamente el clínico no puede tratarlas aisladamente. Indudablemente sería de gran utilidad para la comprensión del trastorno paranoide que las alteraciones

afectivas o intelectuales del paciente pudieran verse más específicamente.

Freud no dedicó demasiado tiempo a clasificar los trastornos paranoides. Se mostró de acuerdo con Kraepelin y Bleuler en que la mayoría de los trastornos paranoides pertenecían a una categoría diagnóstica en la que estaban incluidas la catatonia y la hebefrenia.

Freud no entró en la controversia entre factores afectivos e intelectuales. Apuntó que en las ideas delirantes de persecución existe una transformación de los afectos: lo que la persona paranoide sentiría internamente como amor lo percibiría externamente como odio.

Freud no obstante definió el mecanismo de proyección que utiliza el paranoide, haciendo comprensible la psicodinamia de la suspicacia y otros síntomas. (13) Asimismo, subrayó las características de pasividad y autorreferencia que se hallan encubiertas en la sintomatología paranoide aguda, y con frecuencia manifiestas en los períodos de remisión del paciente. Relacionando con ésta cualidad de la pasividad, Freud también hizo hincapié sobre la confusión del paciente paranoide con respecto a su identidad sexual. Inicialmente, consideró la paranoia como una Neurosis de defensa compartiendo características comunes con las obsesiones y la histeria. Posteriormente modificó dicha concepción en la teoría que relacionaba los trastornos paranoides con la homosexualidad latente. Sin embargo otros autores han sugerido que las defensas paranoides no solo son preedipales, sino que preceden inclusive a las etapas autoeróticas de elección de objeto. Algunas han formulado objeciones a la teoría de la base homosexual latente de la paranoia, a causa de la coexistencia de la esquizofrenia paranoide y la homosexualidad declarada en el mismo paciente, así como a causa de la ausencia de conflictos homosexuales latentes en determinados casos. (19)

La capacidad de Freud para conceptualizar y teorizar ha dejado una importante huella que ha afectado a las posteriores propuestas explicativas de los orígenes y mecanismos del pensamiento paranoide. Este efecto no es totalmente comprensible, ya que muchas de sus conclusiones se derivaron aparentemente de contactos limitados, o incluso indirectos con pacientes paranoides. Teorizaba libremente a partir de un caso individual y fácilmente modificaba su teoría en base a los hallazgos obtenidos en otros casos. La falta de adecuación científica es totalmente obvia.

Abraham consideró que el paciente paranoide ha perdido las relaciones libidinales con todos los objetos, lo que lo conduce a una destrucción del mundo. Para compensar esto existe una reconstrucción del objeto perdido, que incluye una introyección parcial semejante a la observada en el paciente depresivo. Dada la ambivalencia hacia dicho objeto incorporado, el paranoide trata de desecharlo, lo que esencialmente es un proceso anal, haciendo el objeto amado equivalente a heces que no puede conseguir expulsar. Como

el perseguidor y el objeto amado son en realidad la misma cosa; el paciente cree que tal perseguidor es una parte de su cuerpo. Le gustaría librarse de él pero no puede. Esta interpretación puede relacionarse con las ideas delirantes cenestésicas y de influencia observadas en el paranoide. En realidad conlleva un número de presunciones que al ser afirmadas en forma simbólica son difíciles de validar objetivamente. Por ejemplo: Abraham se refiere al pánico o a la experiencia afectiva del paciente paranoide en términos de una "destrucción del mundo" o de que "el objeto amado es equivalente a las heces". Tales conclusiones son subjetivas y su validez para la comprensión del proceso paranoide no está en último término bien definida. (14)

Ferenczi hace hincapié en que el mecanismo paranoide ocupa un lugar intermedio entre la neurosis y la demencia precoz. El neurótico se libera de los afectos displacenteros a través de varias formas de desplazamiento; en tanto que el paciente con demencia precoz en la misma situación separa su interés y lo retrae hacia su Yo. El paciente paranoide solo obtiene un éxito parcial en éste proceso de retracción; ya que el interés, en diversa medida, permanece enfocado hacia el objeto original; en tanto que el sentimiento se dirige hacia su opuesto. Creó que un reintérés en los objetos homosexuales y el mecanismo de proyección son los elementos esenciales del trastorno paranoide. Asimismo, reconoció la necesidad de que el sistema delirante paranoide explique la totalidad de las cosas, dejando muy poco lugar a la irracionalidad que obligaría al paciente a aceptar la responsabilidad por sus impulsos internos inaceptables, tales como el no hacer nada. Al derrumbarse el sistema defensivo, el paciente en opinión de Ferenczi se retiraría hacia la demencia.

Kretschmer llegó a la conclusión de que la reacción paranoide es el resultado de una interacción de factores constitucionales y ambientales. Consideró que la persona paranoide tendría una débil dotación sexual puesta de manifiesto en la inseguridad de las fuerzas instintivas y que ésta estructura de carácter se activaría por factores precipitantes tales como fatiga y la tensión psicológica.

Existen ciertos estudios sobre procesos cognoscitivos, factores perceptuales y conceptuales. Tratan de establecer que la persona paranoide, en realidad, percibe el medio de forma diferente y que por tanto, la interpretación recelosa es el fruto de éste modo distinto de percibirlo.

Si el mecanismo de proyección tiene validez, es el resultado de otros factores psicológicos que influyen sobre las funciones perceptuales. Entre estos otros factores psicológicos que los estudios perceptuales consideran están afectados, se encuentran las funciones conceptuales, pero no

queda claro cómo dichas funciones ejercen su influencia sobre la percepción.

Llegan a la conclusión de que cualesquiera que sean las tensiones ambientales o los conflictos experimentados, se produce una respuesta de alerta exagerada con auténtica modificación perceptiva; y existe una excesiva necesidad de organizar éstos datos perceptivos en conceptos commensurables con la experiencia previa. Se supone así que la proyección estaría compuesta de factores perceptivos conceptuales definibles.

FACTORES SOCIALES.

De los diversos teóricos que explican los factores sociales implicados en el desarrollo del pensamiento paranoide se expondrá a Cameron; ya que se considera su contribución en éste sector como central u representativa de las demás teorías.

Cameron ha realizado un especial esfuerzo destinado a mostrar la importancia que tienen para el paciente paranoide no sólo las figuras de sus padres, sino también otras múltiples personas de su medio. Opina Cameron que la conducta paranoide es el resultado de un proceso de defectuosa socialización. El desarrollo óptimo tiene lugar cuando el individuo es capaz de adaptarse a nuevos roles con facilidad y compartir las perspectivas de los demás; de comunicarse libremente y de aplazar sus juicios hasta que pueda hacer partícipe a otras personas de sus tentativas interpersonales. Cameron opina que los requisitos para un desarrollo apropiado, son la aceptación de los padres; un lugar seguro; la liberación para contactar precozmente con el vecindario y el lugar cooperativamente con otros niños. Considera que algunas actitudes prevalentes en ciertas familias y comunidades que previenen éste nivel de socialización; hacen que el niño sea en su vida adulta más susceptible frente a los trastornos paranoides. A causa de éste deficiente aprendizaje social; la persona es incapaz de comprender adecuadamente las motivaciones; intenciones y actitudes de los demás; situación conducente al desarrollo de miedo y en último término de falsas interpretaciones de carácter delirante. (3)

Cameron va aún más allá; al hacer hincapié sobre la continua necesidad del individuo de mantener un contacto social. Cree que la persona paranoide dejada a sus propios recursos; construirá una comprensible "pseudocomunidad" para compensar la auténtica con la que ha perdido la comunicación y relación afectivas. Esta reconstrucción de la realidad es parcial y totalmente delirante; pero es el único puente tendido entre el paciente y el medio social que le rodea. El resultado final es que el paciente paranoide acaba actuando en un campo social como un individuo solitario; con

creencias no compartidas u niveles de actuación con los que los demás no simpatizan o no comprenden.

Los estudios psicosociales aportan su contribución particular al esclarecer los factores extrapsíquicos involucrados en la formación del pensamiento paranoide. De forma específica, llegan a la conclusión con una razonable objetividad, de que las prácticas, actitudes u visicitudes de ciertos grupos comunitarios pueden manifestarse en forma de conducta paranoide, cuando se experimentan o adoptan por los individuos del grupo.

Es evidente que los factores biológicos, psicológicos u sociales están todos ellos implicados en la etiología del modulo del pensamiento paranoide. La aportación respectiva de los tres factores parece tener una variación individual, así como también modificarse en un sujeto en particular, en relación a la progresión de su trastorno paranoide. Un enfoque multifactorial de la etiología de dichos trastornos parece deducirse de las siguientes observaciones:

- 1) Los sistemas paranoides están causados aparentemente por muy diversas circunstancias que pueden combinarse entre sí.
- 2) Un stress determinado provocará síntomas paranoide, en una persona u depresión u otros síntomas en otra u
- 3) Aparentemente en un mismo paciente, circunstancias similares producirán en ocasiones síntomas paranoides u en otras no obstante, una sintomatología totalmente distinta.

MANIFESTACION DE RASGOS PARANOIDES EN DIFERENTES PATOLOGIAS PERSONALIDAD PARANOIDE.

La personalidad o caracter paranoide se encuentra en el extremo benigno de un espectro de trastorno que también incluye en orden creciente de gravedad los estados paranoides, la esquizofrenia u la paranoia.

El DSM-II (1968), caracteriza a los trastornos de personalidad como aquellos que comprenden unos patrones de conducta "profundamente alterada", cualitativamente distintos de las Psicosis u de las Neurosis. Se establecen tempranamente en la vida u son perceptibles en la adolescencia. Describe al Trastorno de Personalidad Paranoide como "patron conductual que se caracteriza por hipersensibilidad, rigidez, sospecha infundada, celos, envidia, sentimiento exacerado de la propia importancia u una tendencia a criticar a los demás u atribuirles motivos malevolos". Estas características obstaculizan a menudo la capacidad del paciente de mantener unas relaciones interpersonales satisfactorias. Por supuesto, la presencia de sospecha no justifica por sí misma el diagnóstico, puesto que en algunos casos podrá estar justificada.

Según el DSM-III, las características esenciales en un Trastorno de Personalidad Paranoide son "aquellas en las que se presenta una penetrada e injustificada suspicacia u una desconfianza de la gente; hipersensibilidad afectiva; restricción de la que no se deba a otro trastorno mental como esquizofrenia o a un estado paranoide".

ESTADOS PARANOIDES.

Término diagnóstico empleado para los estados psicóticos en que la característica principal es la presencia de una o más delusiones de naturaleza paranoica; pero en las cuales faltan por completo:

- a) las características generales de esquizofrenia; y
- b) el alto grado de organización de las delusiones. Estos estados con frecuencia duran poco tiempo y no en raras ocasiones representan una reacción a un conflicto grave basado en datos reales.

Los estados paranoides se caracterizan porque las ideas delirantes son menos sistematizadas que las que se presentan en la paranoia; y se diferencian de la esquizofrenia tanto en el curso, menos prolongado, como en ausencia de escisión u deterioro.

El DSM-II(1968), describe los Estados Paranoicos en general como: "trastornos psicóticos en los que un delirio, por regla general de persecución o de grandeza, constituye la anomalía esencial". Los trastornos de temperamento, de conducta o de pensamientos, que puedan estar presentes, se consideran como derivados del delirio.

PARANOIA.

El DSM-II, describe a la Paranoia como: "este estado, sumamente raro, se caracteriza por el desarrollo gradual de un sistema paranoico intrincado, múltiple y complicado, basado en la interpretación errónea de un acontecimiento real que, en ocasiones, lo precede".

Kraepelin consideró la paranoia como un tipo fijo de enfermedad que resulta exclusivamente de causas internas y se caracteriza por ideas delirantes sistematizadas y persistentes; por la conservación de pensamiento y conducta claros y ordenados.

La Paranoia, que se considera una psicosis extremadamente rara, se caracteriza por un sistema delirante complejo sistematizado y estable; frecuentemente asociado a una cierta actitud de superioridad y el resto de la personalidad se mantiene relativamente intacta.

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

Se caracteriza por ideas delirantes de persecución; de grandezas; de autorreferencia; alucinaciones; y frecuente conducta hostil y agresiva; religiosidad o hipocondriasis. Estos rasgos clínicos van siempre asociados a los síntomas primarios de la esquizofrenia.

Entre la Paranoia y la Esquizofrenia Paranoide, Kraepelin reconoció una entidad que denominó Parafrenia; diferente de la Paranoia principalmente en el hecho de que las ideas delirantes carecen de la sistematización lógica de ésta y tiende a ser más extravagante; a veces aparecen alucinaciones en la Parafrenia; la cuál tarda mucho en deteriorar los intereses generales del paciente o su personalidad; o no los deteriora en absoluto.

La principal razón clínica para creer que la Paranoia pueda ser considerada como variante de la Esquizofrenia Paranoide; radica en el hecho de que pueden encontrarse pacientes que revelen todas las gradaciones de la sintomatología; desde el cuadro clínico en que se encuentra un síntoma delusivo aislado que es esencialmente el único hasta otros en que las delusiones persecutorias se ven acompañadas de todos los síntomas de la esquizofrenia.

Hasta el momento presente; el problema no ha recibido solución. Puede suceder que las psicosis paranoides sean sólo una variante de la Esquizofrenia Paranoide; o puede suceder que sea un trastorno puramente psicógeno; que pueda existir por sí mismo; o que pueda formar parte de un proceso de enfermedad mas grave y complicado; que es la Esquizofrenia.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Cameron Norman. Desarrollo u Psicopatología de la Personalidad. Ed. Trillas. Mex. 1982. Paa. 493
- 2.- Cameron Norman. Ob. Cit. Paa. 464
- 3.- Cameron Norman. Ob. Cit. Paa. 471
- 4.- Durant W. Our Oriental Heritage. Nueva York: Simon and Schuster, 1954. Paa. 403
- 5.- El Mundo Paranoide. Ob. Cit. Paa. 18
- 6.- El Mundo Paranoide. Ob. Cit. Paa. 20
- 7.- El Mundo Paranoide. Ob. Cit. Paa. 23
- 8.- El Mundo Paranoide. Ob. Cit. Paa. 24
- 9.- El Mundo Paranoide. Ob. Cit. Paa. 26
- 10.- El Mundo Paranoide. Ob. Cit. Paa. 213
- 11.- El Mundo Paranoide. Ob. Cit. Paa. 217
- 12.- El Mundo Paranoide. Ob. Cit. Paa. 219
- 13.- El Mundo Paranoide. Ob. Cit. Paa. 223
- 14.- El Mundo Paranoide. Ob. Cit. Paa. 224
- 15.- Freedman Kaplan; Sadock. Compendio de Psiquiatría 3a. Edición. Ed. Salvat. Paa. 266
- 16.- Kolb Lawrence C. Psiquiatría Clínica Moderna. Editorial La Prensa Médica Mexicana. 3a. Edición 1976. Paa. 23
- 17.- Kolb Lawrence C. Ob. Cit. Paa. 472
- 18.- Maddi S.R. "Affective tone during experimental regularity and change. Cita de Norman Cameron. Ob. Cit. Paa. 465
- 19.- Mackinnon Michels. Tratado de Psiquiatría. Ed. Interamericana. Mex. 1973; Paa. 247
- 20.- Perot Antonio. Diccionario de Psiquiatría. Tomo I Ed. Labor S.A. Paa. 329

CAPITULO III

METODOLOGIA

DESCRIPCION DE LOS SUJETOS DE MUESTREO

La selección de los sujetos del estudio se hizo mediante un muestreo por conveniencia* (no probabilístico) de expedientes clínicos en tres Instituciones Psiquiátricas y Psicológicas de esta ciudad.

Una muestra incluyó expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con la entidad nosológica de Trastornos de Personalidad y se escogieron los tipos de éstos trastornos que se presentan con mayor frecuencia en la práctica clínica. Se excluyó de entre los diversos tipos de Trastornos de Personalidad, el Trastorno de Personalidad Paranoide, ya que en este trastorno es evidente la presencia de rasgos paranoides.

La otra muestra abarcó expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de Neurosis, e igual como con la muestra de Trastornos de Personalidad, se seleccionaron los tipos de Neurosis que se observan con mayor frecuencia. La Neurosis Fóbica y la Neurosis Obsesiva Compulsiva no conforman la muestra de pacientes neuróticos en esta tesis, ya que poseen dentro de su conjunto de rasgos característicos, los rasgos paranoides.

Fueron seleccionadas diez expedientes clínicos, cinco correspondientes al sexo masculino y cinco al femenino, para cada uno de los tipos de Trastornos de Personalidad y de Neurosis, lo que dió un total de cincuenta pacientes para la muestra de Trastornos de la Personalidad y cuarenta para la muestra de Neurosis.

En los expedientes clínicos se utilizó la técnica de muestreo por cuotas, no probabilísticas y se analizó la escala 6 de Paranoia en el test del M.M.P.I. .

Las otras características de los sujetos fueron las siguientes :

- Edad entre 25 y 40 años;
- Escolaridad mínima de Secundaria;
- Nivel socioeconómico medio;
- Pacientes diagnosticados con Trastornos de Personalidad o Neurosis;

Los tipos de Trastornos de Personalidad que se escogieron son : Personalidad Pasivo-Agresiva, Personalidad Pasivo-Dependientes, Personalidad Histérica, Personalidad Esquizoide y Personalidad Antisocial que conforman los sujetos en Grupo 1 (G1).

Dentro de las Neurosis se incluyeron : Neurosis de Ansiedad, Neurosis Depresiva, Neurosis Hipocondríaca y la Neurosis Histérica de tipo Conversiva que conforman los sujetos del Grupo 2 (G2).

* Muestreo por conveniencia: La selección de una muestra que puede obtenerse en forma simple y conveniente (MENDENHALL J. REINMUTH, Estadística para Administración y Economía. Wadsworth, 1981).

VARIABLES.

Variable Independiente : Trastornos de Personalidad u
Neurosis.

Variable Dependiente : La escala 6 de Paranoia del test
M.M.P.I.

Las variables a controlar fueron las siguientes:
(Fueron descritas anteriormente)

- Pacientes con edad entre 25 y 40 años de ambos sexos, porque se consideró que los pacientes menores de 25 años pueden presentar rasgos paranoides debido a su falta de madurez emocional y principalmente a la etapa de transición por la que pasan. Se excluyeron también los pacientes mayores de 40 años, ya que en éstos los rasgos paranoides pueden estar dados por el deterioro orgánico que puede presentarse o bien debido a la situación propia de la etapa en que están viviendo.

- Pacientes con escolaridad mínima de secundaria debido a que la falta de preparación puede hacer difícil la comprensión del test M.M.P.I.

- Pacientes de un nivel socioeconómico medio; con el fin de que los resultados obtenidos fueran representativos de dicha clase social. También con la finalidad de impedir que una situación económica stressante esté produciendo los rasgos paranoides. (Ver más adelante en LIMITACIONES)

- Se escogieron cinco expedientes clínicos para cada tipo de patología del sexo masculino y cinco del sexo femenino; para intentar exemplificar los resultados en ambos sexos.

- Se controló que fueran pacientes no psicóticos; con la categoría nosológica de Trastornos de Personalidad u Neurosis; ya que las patologías psicóticas presentan dentro de su conjunto de síntomas los rasgos paranoides.

- Se excluyó de las muestras las entidades de Personalidad Paranoide y las Neurosis Obsesivo-Compulsiva u Fóbicas; ya que éstas presentan síntomas o rasgos paranoides formando parte de la sintomatología en cuestión.

Variables Extranas : - Estado Civil.
- Confiabilidad del Clínico
(Psiquiatra o Psicólogo) que
hizo el diagnóstico.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

El instrumento de medición que fué utilizado es el Test Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.). El Test consta de cuatro escalas de validez y nueve clínicas; en el cual los pacientes responden de acuerdo a los estímulos presentados en el test y en donde se observaron la presencia o ausencia de rasgos paranoides en la escala 6 de dicho test que corresponde a la Paranoia.

Esta escala está integrada por cuarenta frases originalmente diseñadas con fines de encontrar pensamientos o ideas paranoides. Mide los síntomas clásicos tales como ideas de referencia, sensibilidad en las relaciones interpersonales, actitudes de sospecha, rigidez, adherencia inflexible a ideas y actitudes, sentimientos o ideas de persecución, ideas de grandeza y percepciones inadecuadas.

Detecta también sujetos perfeccionistas, difíciles de llenar a conocer realmente, tercos en su postura, emotivos, sensibles en sus relaciones interpersonales, dados a preocuparse por lo que otros puedan pensar o decir de ellos.

El propósito especial de esta escala es el de evaluar el cuadro clínico de la conducta paranoide que incluye creencias falsas, ideas delirantes, ideas de referencia, sentimientos de persecución, sentimientos de grandeza, sentimientos de influencia, conducta de desconfianza persistente, rigidez y sensibilidad interpersonal.

Su contenido es muy heterogéneo, ya que varía de frases con contenido francamente psicótico, como también frases que niegan las motivaciones de los demás. Consta de cuarenta frases: diez y siete relacionadas con ideas de persecución, por ejemplo "alguien ha estado tratando de envenenarme", nueve relacionadas con enajenación de sentimientos por ejemplo "me siento incómodo cuando estoy bajo techo" y nueve relacionadas con actitud ingenua tales como "a la mayor parte de la gente le disgusta ayudar a los demás aunque no lo diga". (La actitud ingenua se relaciona con la incapacidad del paciente de ser astuto y racional).

HIPOTESIS ESTADISTICAS.

Ho: $\mu_1 = \mu_2$ No existe diferencia estadística significativa en el puntaje "T" promedio en la escala de Paranoia del M.M.P.I. entre los grupos de Trastornos de Personalidad y Neurosis.

Ha: $\mu_1 \neq \mu_2$ Hay diferencia estadística significativa en el puntaje "T" promedio en la escala de Paranoia del M.M.P.I. entre los grupos de Trastornos de Personalidad y Neurosis.

Donde: μ_1 es el puntaje "T" promedio de la escala 6 (Pa) en el grupo de Trastornos de Personalidad (G-1).

μ_2 es el puntaje "T" promedio de la escala 6 (Pa) del grupo de Neurosis (G-2).

Ho: $\pi_1 = \pi_2$ No existe diferencia estadística significativa en la proporción de sujetos con "T" ≥ 70 en la escala de Paranoia del M.M.P.I. entre los grupos de Trastornos de la Personalidad y Neurosis.

Ha: $\pi_1 \neq \pi_2$ Hay diferencia estadística significativa en la proporción de sujetos con "T" ≥ 70 en la escala de Paranoia del M.M.P.I. entre los grupos de Trastornos de la Personalidad y Neurosis.

Donde: π_1 = proporción de sujetos con "T" ≥ 70 en la escala 6 (Pa) con respecto del total de grupo 1.

π_2 = proporción de sujetos con "T" ≥ 70 en la escala 6 (Pa) con respecto al total del grupo 2.

TECNICAS DE ANALISIS DE DATOS.

Se formaron las muestras con noventa historias clínicas; cincuenta con Trastornos de la Personalidad y cuarenta de pacientes diagnosticados con Neurosis. Fueron escogidas las historias clínicas tomando en cuenta las condiciones de la muestra antes mencionadas.

Fueron tabulados los datos obtenidos en la escala 6 del M.M.P.I. (Paranoia) de cada patología y se reunieron en dos grupos.

Se obtuvo la proporción de muestras entre los grupos para conocer en que grupo se presentaban los rasgos paranoides con mayor frecuencia.

Se procedió a la comparación de las muestras para la obtención del puntaje promedio entre los dos grupos y encontrar la intensidad de los rasgos paranoides en dichos grupos.

LIMITACIONES

Se considera que el estudio difícilmente podrá generalizarse fuera de Guadalajara dado que la muestra será representativa solamente para un grupo con las mismas características.

Otra limitación se refiere a las condiciones de elección de las muestras; ya que fueron escogidas en forma no aleatoria tomando en cuenta las variables a controlar.

Las características de los sujetos de muestreo es otra limitación; ya que se cuenta con posibles fluctuaciones en cuanto a estado civil, nivel socioeconómico; que aunque se escogió un nivel socioeconómico medio; puede fluctuar entre medio-altos, medio-medio, y medio-bajos y otros rasgos de personalidad.

El tamaño pequeño de las muestras es una debilidad metodológica importante ya que el estudio está expuesto a mayor varianza de error; sin embargo, las condiciones del muestreo hicieron difícil reunir muestras más grandes.

CAPITULO IV

ANALISIS DE LOS DATOS

A continuación se anexa la tabulación de toda la información recabada de los grupos de Trastornos de Personalidad u Neurosis.

Se muestra el registro de los resultados obtenidos en las pruebas de proporción de grupos y de comparación de medias entre los grupos.

Igualmente se muestra una gráfica correspondiente a las discrepancias estadísticas entre los grupos de Trastornos de Personalidad u Neurosis.

Fig. 1 Esquema de Diseño u Puntajes.

MUESTRAS			TRASTORNOS DE PERSONALIDAD GRUPO 1			NEUROSIS GRUPO 2		
TIPO DE PATOLOGIA	PUNTAJES T		TIPO DE PATOLOGIAS	PUNTAJES T				
	FEM.	MASC.		FEM.	MASC.			
PASIVO DEPENDIENTE	70	80	HISTERICA CONVERSIVA	48	46			
	50	63		59	52			
	43	59		71	40			
	49	46		62	58			
	53	52		50	42			
ESQUIZOIDE	67	32	HIPOCONDRIACA	42	46			
	62	26		53	58			
	51	64		62	48			
	59	59		56	56			
	46	37		49	61			
PASIVO AGRESIVA	41	60	ANGUSTIA	68	63			
	62	38		57	54			
	70	67		53	49			
	63	59		59	52			
	66	51		55	57			
HISTERICA	66	68	DEPRESIVA	50	55			
	66	41		70	59			
	68	72		70	70			
	90	38		67	74			
	53	80		67	68			
ANTISOCIAL	78	53						
	80	32						
	63	67						
	36	54						
	48	64						

Cuadro de puntajes correspondientes a cada tipo de psicopatología en las dos muestras de Trastornos de Personalidad u Neurosis. Se muestran los puntajes obtenidos para cada sexo en cada tipo de patología.

COMPARACION DE MEDIAS

Prueba de Hipótesis.

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$H_a: \mu_1 \neq \mu_2$$

$$\alpha = 0.05$$

Fórmula para Z

$$Z = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2 - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{S^2_{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}}}$$

$$Z \text{ crítico } (\alpha = .05) = \pm 1.96$$

Tabla No. 1. Medias y Varianzas de los grupos.

	Trastornos de Personalidad	Neurosis
n	50	40
\bar{X}	57	56.9
S^2	1.96	1.39

RESULTADOS

$$Z = .042$$

$$Z \leq 1.96 \quad \therefore \quad \text{No se acepta}$$

PROPORCION ENTRE GRUPOS

Prueba de Hipótesis

$$H_0 : \pi_1 = \pi_2$$

$$H_a : \pi_1 \neq \pi_2$$

$$\alpha = 0.05$$

Fórmula

$$Z = \frac{\frac{K_1}{n_1} - \frac{K_2}{n_2} - (\pi_1 - \pi_2)}{\sqrt{\frac{K_1 + K_2}{n_1 + n_2} \left(1 - \frac{K_1 + K_2}{n_1 + n_2}\right) \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$$

$$Z \text{ crítico } (\alpha = .05) = \pm 1.96$$

Tabla No. 2. Número de sujetos con T \geq 70 para ambos grupos.

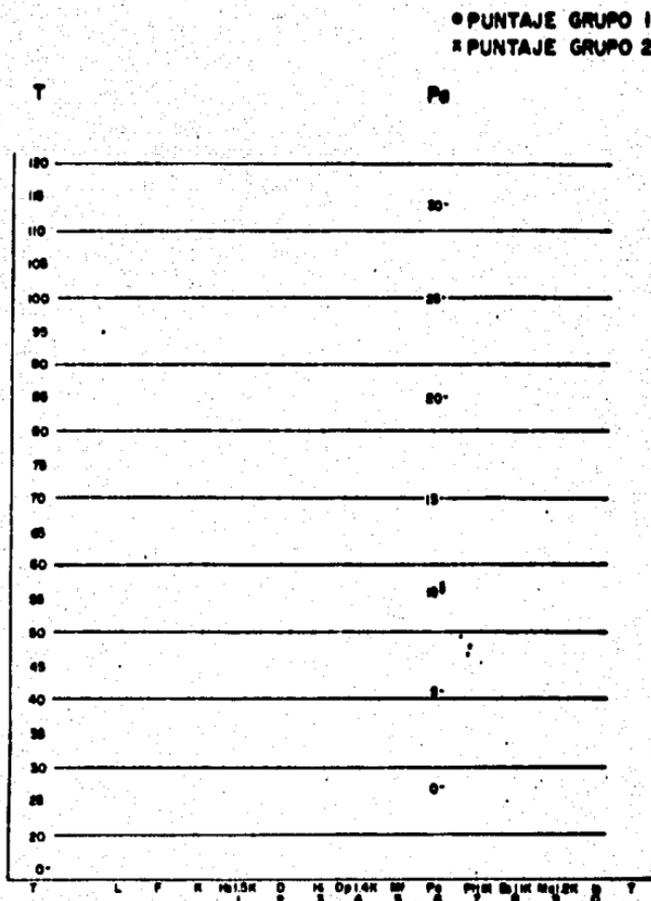
	Trastornos de Personalidad	Neurosis
K	$K_1 = 7$	$K_2 = 9$
n	$n_1 = 50$	$n_2 = 40$

RESULTADOS

$$Z = .28833$$

$$Z \leq 1.96 \quad \therefore \quad H_0 \text{ se acepta}$$

Fig. 2. Gráfica del puntaje promedio para ambos grupos en la escala " 6 " del M.M.P.I. .



ESCALAS - M.M.P.I.

CAPITULO

v

De acuerdo a los resultados obtenidos por medio de las pruebas de comparación de medias y proporción entre los grupos se deduce que hay igualdad en la intensidad de rasgos paranoides; así como también igualdad en la proporción de sujetos de los grupos de Trastornos de Personalidad y Neurosis que obtienen puntuaciones superiores a T \geq 70.

En general, tanto en el grupo de trastornos de personalidad como en el de neurosis los sujetos se caracterizan por su sensibilidad adecuada a las opiniones y críticas de los demás; son considerados; respetan las opiniones de los otros sin sentirse inapropiados y son alertas y astutos.

Llama la atención que los sujetos con trastorno de personalidad esquizoide no presentan rasgos paranoides y los sujetos con trastorno de personalidad depresiva los presentan. Igualmente los sujetos con trastorno de personalidad antisocial, esquizoide e hipocondríaca; teóricamente podrían haber presentado éstos rasgos.

Esto posiblemente tiene que ver con los problemas de objetividad en el diagnóstico. Esta variable no fué controlada y no se tiene certeza de lo correcto del diagnóstico.

Sin embargo se encontraron once sujetos con T \geq 70 en total en ambos grupos; lo que puede revelar el pensamiento de Kreschmer u Lanoé, que conciben los mecanismos paranoides como regulaciones generales del ser humano. Aunque posteriores investigaciones tendrían que afirmar éstos conceptos, realizando estudios exhaustivos que incluyan patologías más representativas de todos los trastornos no psicóticos.

Se puede observar que los rasgos paranoides están presentes en algunos sujetos de ambas muestras. Sin embargo, dada la debilidad metodológica de la investigación no se puede generalizar que en los Trastornos de Personalidad y Neurosis existan éstos rasgos; pues los sujetos de las muestras fueron limitados debido a las condiciones del muestreo.

La presencia de rasgos paranoides en algunos sujetos puede también estar influida por situaciones de stress ambiental o intrapersonal; peligros reales o imaginarios; que los pacientes experimentan como consecuencia de su dificultad para sobrellevar o asumir su enfermedad. Esta situación particular puede estar ocasionando mecanismos paranoides en los pacientes.

Factores culturales; tales como aspectos socioeconómicos; estructuras familiares; creencias y valores; tienen una respuesta activa ante los trastornos psicológicos de una sociedad. Proporcionan diferentes oportunidades para el stress o bien tipos particulares de mayoría para ciertos trastornos.

En el caso de los Trastornos de Personalidad y Neurosis; donde los pacientes son más sensibles y menos

autónomos; los rasgos paranoides se presentan en parte por lo que implica socialmente el ser un neurótico ansioso con necesidad de tratamiento o tener una personalidad anormal y que inevitablemente ocasiona la negación de la enfermedad -mecanismo paranoide por excelencia-. Por otro lado; la época actual llena de amenazas sociales tales como la contaminación ambiental; las guerras; la inflación; los cambios abruptos de valores; etc. hacen que los pacientes de que hablamos reaccionen con mecanismos paranoides; concomitantes a su estructura neurótica o de trastorno de personalidad.

Sin embargo; es importante recordar que no tenemos datos para aseverar que en épocas anteriores cuando prevalecía la simplicidad tecnológica u social; los fenómenos paranoides generalizados se presentaban con menor frecuencia e intensidad; y por lo tanto; las influencias antropológicas no son comprobables; aunque tampoco descartadas.

La investigación bibliográfica realizada en ésta tesis nos brindó mayores conocimientos sobre el fenómeno paranoide en sus diferentes manifestaciones.

La experiencia al realizar esta investigación; aún con sus limitaciones; nos orientó hacia intereses por un pensamiento más científico y hacia horizontes de posibles investigaciones del comportamiento.

SUGERENCIAS

De acuerdo a lo anteriormente mencionado respecto a las dificultades metodológicas de ésta investigación; dada la naturaleza de la misma; se deduce que las inferencias arrojadas no tienen alta validez externa (Generalización) sin embargo; hablan de posibilidades nuevas de investigación y abre caminos respecto a nuevas hipótesis.

Es posible; una vez que se obtenga una muestra mayor; orientarse hacia comparaciones intragrupos; con el fin de conocer diferencias entre las variedades de Neurosis y entre las variedades de Trastornos de Personalidad.

Otra alternativa de investigación en base a la estructura u planteamientos de ésta tesis es comparar tres muestras: una muestra de patologías no psicóticas (Trastornos de Personalidad y Neurosis); una muestra de trastornos psicóticos y una muestra de sujetos sin patología diagnosticada; con el fin de observar el supuesto continuum de características paranoides que existen desde las patologías más graves y desadaptativas hasta las menos graves y cotidianas.

Sería interesante también conocer; a través de una investigación similar a ésta; los rasgos paranoides ubicados en los trastornos psicósomáticos graves; ya que algunos teóricos como Klein; consideran como raíz de estos trastornos las filaciones en la etapa esquizo-paranoide.

Algunas de las citas de la investigación bibliográfica postulan que al proceso paranoide no se le puede adscribir unas fronteras nosológicas claras y que puede presentarse

parcial o totalmente en diversos estados patológicos, así como en estados considerados no patológicos. Esto hace pensar en una posible investigación con fines de ubicar con certeza éstos fenómenos dentro de la nosología de la práctica clínica.

GLOSARIO

- ALUCINACIONES** "Percepción sin objeto". Se califica de alucinatoria toda experiencia psicológica interna que mueve a un sujeto a conducirse como si experimentara una sensación o una percepción cuando las condiciones externas normales de tal sensación no corresponden a la realidad. Las alucinaciones se pueden manifestar en todos los dominios de la actividad sensorial; y así se tienen alucinaciones visuales; auditivas; olfativas; gustativas; cenestésicas; alucinaciones de la sensibilidad general; alucinaciones genitales u alucinaciones multisensoriales.
- CATATONIA** Síndrome esférico u psicomotor que interesa de manera especial la actividad motora voluntaria. El catatónico en su aspecto más típico es un enfermo que permanece inmóvil como una estatua; fijado a una posición determinada; ya sea acostado sobre un costado; o enroscado adoptando una actitud fetal; o bien de pie; con la mirada fija en el suelo. No se observa en su hábito externo el menor signo de vida; permanece totalmente inabordable; como petrificado; aislado por completo del mundo circundante. Cualquier intento de movilización; alimentación o interrogatorio; resulta inútil; bajo su apariencia inanimada se esconde una intensa actividad neostivista.
- DEMENCIA PRECOZ** Término psiquiátrico obsoleto que corresponde a lo que ahora es Esquizofrenia. El término acuñado por Kraepelin; implicaba que la enfermedad era incurable; deteriorante; demencial u que se iniciaba en la adolescencia.
- DESPERSONALIZACION** Sentimiento de irrealidad u de estar el individuo separado de su propio cuerpo o de sí mismo.
- DIAGNOSTICO** Atribuir categorías a las enfermedades; deducir la naturaleza de una enfermedad a partir de signos u síntomas presentados por el paciente.

HEBEFRENIA

Término caracterizado por una manifiesta regresión a una conducta primitiva, desinhibida y desorganizada que se presenta en la demencia precoz. En 1871, Haeker y Kahlbaum describieron un síndrome demencial pospuberal, muchas veces precedido por una etapa maniaca o melancólica, y que denominaron, respectivamente, hebefrenia y catatonía. Este síndrome fue pronto incorporado al cuadro clínico que constituyó más tarde la esquizofrenia. En la actualidad, éste término tiende a desaparecer de la terminología psiquiátrica. Para Kraepelin, la afección se caracteriza esencialmente por una debilitación primitiva y precoz, de los principios instintivos de la vida mental derivados directamente del sistema nervioso vegetativo, cuyos centros se hallan incluidos en los núcleos subcorticales.

IDEA DELIRANTE

Siempre que se producen percepciones erróneas o juicios desviados, el psiquismo puede revelar ideas falsas. La idea falsa se convierte en la idea delirante cuando se halla en oposición con la realidad y choca con la evidencia. Una idea delirante que se mantiene y continúa constituye el delirio. Gelma acepta como atributos del delirio, su contradicción interior, su irreducibilidad fundamental, la desocialización del pensamiento morboso y su naturaleza autística; el especial verbalismo que a menudo le acompaña y todos los síntomas somatoefíquicos que forman su cortejo.

IDEA DELIRANTE CENESTESICA

Conjunto de las sensaciones vagas internas procedentes de los distintos órganos que producen el sentimiento general de existencia independientemente de los sentidos. Sensación de vacuidad, pérdida de conciencia de la propia identidad.

INTROYECCION

Tendencia o acto de absorber el medio o la personalidad de otros en la propia psique hasta el punto de reaccionar ante los sucesos externos como si fueran internos, produciendo la identificación de uno mismo con otras personas u objetos.

LIBIDO

La libido es el término apartado por Freud para designar el impulso de la sexualidad, la energía sexual. Especie de cualidad instintiva no adscrita de modo exclusivo al funcionamiento de los órganos sexuales; es un concepto más bien filosófico que biológico. En la teoría "pansexualista" de Freud, la sexualidad es la potencia que emana de un "instinto de vida" (Eros); y se opone a un "instinto de muerte" o de destrucción del individuo por el mismo.

MANIA

Desequilibrio mental caracterizado por la elación; aceleración psicomotriz; es decir, una grosera aceleración tanto de la actividad mental como física que conduce a excitación; insomnio severo y eventual agotamiento; fuga de ideas; esto es, un pensamiento rápido en el que las conexiones entre una idea y la próxima se basan en asociaciones superficiales y que está indisciplinado por la falta de autocritica. La enfermedad es considerada como una fase de la psicosis maniaco-depresiva.

MELANCOLIA

Tipo de desequilibrio mental caracterizado por depresión emotiva o inhibición de la actividad motora.

**HUELLA
MNESICA**

Mneme : Memoria. De aquí " imágen mnémica ". Equivalente psicológico de una huella en la memoria.

**PROYECCION
PSICOPATICA**

Trastorno o incapacidad de la mente (incluye o no subnormalidad de la inteligencia); que da como resultado una conducta anormalmente agresiva o seriamente irresponsable por parte del paciente y que requiere o es susceptible de tratamiento médico.

PSICOSIS

Trastorno psicológico grave caracterizado por un grado tal de deformación de la realidad que a la víctima le resulta difícil cuidar de sí misma.

REACCION PARANOIDE

Intentos de escapar de la tensión y la ansiedad mediante procesos de negación y proyección que da como resultado ideas delirantes más o menos sistematizadas.

SENSIBILIDAD
EXTEROCEPTIVA

Capacidad de un organismo para recibir estimulaciones por energías que proceden fuera del organismo.

SENSIBILIDAD
PROPIOCEPTIVA

Capacidad de un organismo para recibir estimulaciones debido a movimientos del cuerpo o de sus partes.

SINDROME

Grupo de signos u síntomas que ocurren en forma conjunta pero que no constituyen por sí mismos una enfermedad; ya sea porque las conexiones entre los ítems que lo componen son desconocidos o porque puede ser una manifestación de una variedad de enfermedades.

BIBLIOGRAFIA

1. CASO MUNOZ AGUSTIN.- Psiquiatría. Editorial Limusa: 1a. Edición 1979.
2. CAMERON NORMAN .- Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. Editorial Trillas. México 1982.
3. DICCIONARIO DE PSICOLOGIA. Dorsch Friedrich. Editorial Horder
4. DICCIONARIO DE PSICOLOGIA. Warren Howard C. Fondo. de Cultura Económica. México
5. DICCIONARIO DE PSIQUIATRIA. Antoine Porat. Editorial Labor: 3a edición: 1970
6. DICCIONARIO LAROUSSE USUAL. Ramón García Pelau y Gross Ediciones Larousse. Mexico: D.F. Mayo de 1978
7. DICCIONARIO SPANISH-ENGLISH, ENGLISH-SPANISH. Carlos Castillo: Otto F. Bond.
8. DSM-II Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales Asociación Psiquiátrica Americana. 2a Edición: 1968; Washington, D.C.
9. DSM-III Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorder. Third Edition. American Psychiatric Association: 9th printing: 1982; U.S.A.
10. FREEDMAN ALFRED M.; KAPLAN HAROLD I; SADOCK BENJAMIN J. Compendio de Psiquiatría. Salvat Editores: S. A.: 1a Edición 1975
11. KERLINGER FRED N. Investigación de Comportamiento. Técnicas y Metodología. Editorial Interamericana. 2a. Edición.
12. HOFLLIG CHARLES K. Tratado de Psiquiatría. Editorial Interamericana. 2a Edición
13. KOLB LAWRENCE C. Psiquiatría Clínica Moderna. Editorial La Prensa Médica Mexicana. 5a Edición: 1976
14. KOLB LAWRENCE C. Revista de Salud Mental. Editorial La Prensa Médica Mexicana. 5a. Edición.
15. LION JOHN R. Trastornos de la Personalidad. Editorial Salvat 1978.

16. MACKINNON MICHELS. Tratado de Psiquiatría. Editorial Interamericana. México 1973.
17. NUNEZ RAFAEL. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota. Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (M.M.P.I) a la Psicopatología. Editorial Manual Moderno. 2a. Edición: 1979
18. JARSON IRWING G. Psicología Anormal. Editorial Trillas
19. SWANSON, BOHNERT, SMITH. El Mundo Paranoide. Editorial Labor, S. A.
20. VALLEJO NAJERA, - J. A. Introducción a la Psiquiatría. Editorial Científico Médica. Dossat Mexicana, S.A. 1977.
21. YOUNG K. VELDMAN J. Introducción a la Estadística Aplicada a las Ciencias de la Conducta. Editorial Trillas.