

23
24

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS

T E S I S

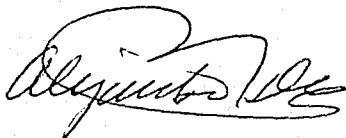
Que para obtener el posgrado en PSIQUIATRIA

PRESENTA:

Dr. ALEJANDRO SANDOVAL MAZA

MEXICO D.F.

1990





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

| | PAG. |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| A) INTRODUCCION | 1 |
| B) ANTECEDENTES | 3 |
| C) LA PERTURBACION ESENCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA. | 3 |
| D) TIPO RACIONAL Y TIPO SENSORIAL. | 4 |
| E) EL AUTISMO | |
| a) El contenido de la psicosis y el autismo. | 5 |
| b) La elaboración delirante secundaria | 9 |
| c) El autismo y la personalidad esquizofrenica. | 9 |
| F) EL TEST DE RORSCHACH | 9 |
| a) El tipo vivencial. | 10 |
| b) Tipo vivencial y enfermedad mental | 15 |
| G) CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSMIII | 16 |
| H) EL METODO PROYECTIVO | 19 |
| I) ESQUIZOFRENIA SEGUN PORTUONDO | 23 |
| J) RORSCHACH Y PSICOSIS | 24 |
| K) INDICES DE DETERIORO | 25 |
| L) VALIDEZ DE LA PRUEBA | 26 |
| M) METODO DEL TEST | 27 |
| N) MATERIAL Y METODO | 28 |
| O) RESULTADOS | 30 |
| a) Porcentaje obtenido tomando en cuenta los criterios de Portuondo. | 31 |
| b) Porcentaje comparado de Apercepción y contenido con los datos aportados por Rapaport. | 32 |
| c) Significación de las fórmulas empleadas. | 33 |
| Q) TABLAS DE CONTINGENCIA | 37 |
| P) ANALISIS DE LOS RESULTADOS | 49 |
| R) COMENTARIOS Y DISCUSION | 53 |
| S) BIBLIOGRAFIA | 54 |

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS.

INTRODUCCION.

La idea de aplicar una prueba proyectiva a pacientes esquizofrenicos y comparar los resultados contra una serie de datos agrupados, como lo son, los criterios diagnósticos del DSMIII, surgió de la curiosidad por encontrar algunos parámetros que se puedan utilizar en la práctica clínica y, de ser posible, encontrar también si mediante esta prueba, es factible inferir los rasgos más característicos del proceso esquizofrenico, esto es: la pérdida de la relación vital con el mundo como la llamaba Minkowsky, el autismo, la riqueza del Mundo interno etc.

Es evidente que el propósito de este trabajo es difícil, pues se trata de una población de pacientes internados que son diferentes el uno del otro, y lo que comparten es una enfermedad que es la esquizofrenia paranoide. Sería iluso suponer que por ese simple hecho, su percepción del mundo tiene que ser necesariamente la misma y que no influyan los aspectos culturales, familiares etc. que matizan a un individuo y lo hacen diferente de otro. Sin embargo creo que se puede inferir, cierto tipo de Mundo mediante el análisis del contenido de los delirios y la exploración existencial de los pacientes. Hay defectos tan constantes en los esquizofrenicos, que desde la clínica se pueden agrupar en un conjunto homogéneo (como sería el grupo que evaluamos de esquizofrenicos paranoides). Si suponemos que el ser humano con todos sus rasgos individuales, en general responde con un patrón más o menos predecible de reacciones ante las enfermedades y las experiencias, podemos pensar que si estos sujetos comparten alucinaciones auditivas por ejemplo, o ideas de persecución, vamos a encontrar en la evaluación, rasgos semejantes en cuanto al tipo vivencial, la sensibilidad al medio externo, los mecanismos de defensa etc; todos estos factibles de ser extraídos de un test como el de Rorschach.

De acuerdo a la literatura, no hay un patrón específico de respuestas para una enfermedad en el test de Rorschach, sin embargo autores como Portuondo hablan de parámetros que hacen suponer en la existencia de psicosis, esquizofrenia y aún autismo.

El Dr. José Luis Patiño, menciona en su libro que "A nadie cabe la menor duda de que el hombre vive sumergido en un universo simbólico, pleno de significados, y de que cuando enferma tiene que hacerlo dentro del único mundo que posee". El mundo del esquizofrenico al ser sometido a la exploración del clínico, aparece como un mundo empequeñecido que funciona solamente para el portador de él. Esto es, la alteración más fundamental y primaria es desde el punto de vista existencial la pérdida del sentimiento de persistencia del "yo" a través del tiempo. El sujeto pasa por vivencias extrañas y regresivas. El pensamiento lógico causal, es sustituido por el pensamiento mágico-animista. Después de una fase productiva le sigue una fase de estabilización y deterioro, lo que se correlaciona con la noción de Autismo de la clínica francesa.

Para poder alcanzar el propósito señalado sería conveniente enfatizar que se requiere una buena cantidad de pacientes, todos ellos evaluados con minuciosidad, así como también dedicar el tiempo suficiente para hacer el análisis de todos los datos obtenidos. Hago

esta aclaración pues creo, que la muestra para este trabajo aún es pequeña y los resultados que se obtengan serán más bien de carácter descriptivo para esta muestra, pero en ningún sentido se puede inferir que todos los esquizofrénicos se comporten de igual manera ante la prueba.

El test de Rorschach es una prueba fascinante por las características de su estructura, y por la cantidad de material que se puede extraer de su evaluación. H. Rorschach fue psiquiatra, y aunque estaba influenciado por el pensamiento psicoanalítico de la época, se preocupó por establecer un test que evaluara de manera objetiva aspectos como inteligencia, las relaciones objetales, el tipo vivencial y otros. El test por sí solo nos dice poco a los médicos psiquiatras, y en general se relega su aplicación a los psicólogos quienes después de la interpretación de la prueba nos aportan datos que al juicio de muchos colegas resultan anecdóticos y sin un valor real en el manejo del paciente. Sin embargo, cuando los test se analizan en el contexto de una enfermedad y se correlacionan los datos más constantes y significativos con los criterios de diagnóstico de la enfermedad (como por ejemplo con los criterios del DSMIII) es posible enriquecer y darle más sentido a la producción delirante y al mundo del paciente esquizofrénico.

En esta tesis no se describe paciente por paciente, pues sería tedioso e interminable, sino que se señalan los resultados más importantes y se correlacionan para poder obtener algunas conclusiones que, de antemano se sabe pueden ser modificadas en estudios posteriores. Quisiera mencionar que este tipo de trabajos es muy escaso por lo que considero tiene un valor considerable la realización del mismo.

ANTECEDENTES

Cuando H. Rorschach llegó a la ciudad de Zurich, se albergaba en ella un auténtico movimiento psiquiátrico. Un desconocido neurólogo vienés Sigmund Freud, había abierto paso a unas ideas revolucionarias, que durante dos lustros no habían encontrado sino obstáculos, prejuicios y oposición. Fue entonces, entre 1904 y 1906, cuando esas ideas cobraron fuerza y se instalaron en el ámbito universitario. El inconsciente, tímidamente estudiado, hasta entonces, ocupaba en ese momento el mayor lugar de interés de la psiquiatría. Las vacilantes interpretaciones filosóficas y mitológicas del psiquismo inconsciente, dejaban paso al sistema y a la estructura de una teoría energética que poseía sus métodos. El inconsciente dejaba de ser un ente abstracto, objeto de estudio de la llamada psicología racional, para develar su existencia concreta a través del desenmascaramiento de los actos fallidos, los procesos del sueño y los síntomas histéricos. Las manifestaciones de esos complejos inconscientes podían ser entendidas, ahora, mediante la toma de consciencia de los conflictos y representaciones del mundo inconsciente.

Fue precisamente en la Zurich de Hermann Rorschach, donde C.G. Jung había creado y desarrollado una técnica para descubrir e interpretar las representaciones del inconsciente, diferenciando sus imágenes: La prueba de asociación de palabras. Esta técnica no sólo investigaba los conflictos neuroticos como hacia Freud, sino que intervenía en el ámbito de las psicosis. Bleuler y Jung fueron los pioneros. Lo absurdo, lo incomprendible y lo irracional encontraba su sentido a través de esta metodología revolucionaria.

La obra de Jung tuvo gran influencia en el creador del Psicodiagnóstico. Así, en su génesis, la "prueba de las manchas de tinta" estuvo intensamente vinculada al psicoanálisis. Aunque no parece que Rorschach adoptara una postura rígida a la hora de afiliarse a una determinada corriente psicoanalítica, los postulados psicoanalíticos no sólo influyeron en su marco teórico, sino que también ocuparon su directa actividad profesional.

Rorschach trató de aunar la vertiente psicofisiológica de Mourly Vold con la teoría de los sueños de Freud. Perfeccionó, así el descubrimiento del valor diagnóstico de lo kinestésico. Utilizó libremente lo aprendido tanto de Bleuler como, sobre todo, los conocimientos recogidos a través de la práctica del test de asociación de palabras de Jung. Enriqueció así la técnica valorativa de las respuestas a las manchas de tinta.

El devenir histórico ha configurado al test de Rorschach en una estructura tan inestructurada que como bien señala Portuondo: "no necesita de ningún tipo de teoría que lo explique o sustente para que pueda continuar siendo, como es, una magnífica prueba objetiva para ayudar a un mejor diagnóstico nosológico de los distintos trastornos de la personalidad" (1)

LA PERTURBACION ESENCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA Y EL PENSAMIENTO ESQUIZOFRENICO.

Bleuler determinó los síntomas cardinales de la esquizofrenia, referentes a la ideación, a la afectividad y a las voliciones del

enfermo. Pero al mismo tiempo, gracias a la noción de autismo, los factores referentes a las relaciones con el ambiente comenzaron a desempeñar un papel cada vez más importante en su concepción. La falta de fines reales y de ideas directrices, la ausencia de contacto afectivo orientaron al concepto por un camino nuevo. Todas estas perturbaciones parecían converger hacia una sola y única noción, la de la pérdida del contacto vital con la realidad.

El contacto vital con la realidad parece relacionarse con los factores irracionales de la vida. Los conceptos ordinarios, elaborados por la fisiología y la psicología, tales como excitación, sensación, reflejo, reacción motriz, etc., pasan de costado, sin tocarlo, sin rozarlo. Los ciegos, los mutilados, los paralíticos pueden vivir en contacto más íntimo con el ambiente que otros individuos cuya vista está intacta y que tienen sus cuatro miembros: los esquizofrénicos por otra parte, pierden ese contacto, sin que su aparato sensoriomotor, sin que su memoria, sin que su misma inteligencia sean alterados. El contacto vital con la realidad mira mucho más al fondo mismo, a la esencia de la personalidad viviente, en sus relaciones con el ambiente. Y este ambiente, nuevamente, no es aquí un conjunto de estímulos externos, ni de átomos, ni de fuerzas o de energías. Sino esa raudal inestable, que nos envuelve por todas partes y que constituye el medio sin el cual no podríamos vivir. Los "acontecimientos" emergen de él como olas y vienen a conmover las fibras más íntimas de nuestra personalidad, penetran en ella. Y ésta a su vez los hace suyos, vibra como una cuerda tensa, al unísono con ellos, se penetra de ellos a su vez y, agregándoles los factores de que se compone su vida íntima, reacciona de una manera personal con actos o sentimientos. De esta manera se establece la armonía entre nosotros y la realidad, armonía que permite seguir la marcha del mundo, salvaguardando enteramente la noción de nuestra propia vida.

El contacto vital con la realidad concierne al dinamismo íntimo de nuestra vida.

Bleuler insiste en la pérdida del contacto con la realidad (autismo), pero no hace de ella la perturbación generatriz de la cual procederán todas las otras. El contacto vital con la realidad un factor regulador esencial de la vida, al cual se podría subordinar las otras funciones psíquicas. Fiel al asociacionismo, defiende en su teoría de la esquizofrenia la opinión de que una perturbación particular en las asociaciones de ideas es la primera perturbación de esta afección. Después busca el una base orgánica para esta perturbación. Se le debe a Minkowski el haber centrado como perturbación esencial de la esquizofrenia el contacto vital con la realidad. (3)

TIPO RACIONAL Y TIPO SENSORIAL

El tipo racional se halla preformado en el racionalismo mórbido y en el geometrismo mórbido descritos por Minkowski. El racionalismo mórbido no constituye un grupo clínico nuevo de la esquizofrenia, sino que solamente pone de manifiesto un modo de pensar que puede volver a encontrarse en todas las formas clínicas de esta afección. Si se dice "modo de pensar" en el fondo quedamos por debajo de la verdad, en el sentido de que ese modo, determina todo el comportamiento del individuo con relación al ambiente, lo mismo que su manera de "ver" el mundo.

Al tipo racional viene a oponérsele el tipo sensorial, réplica, en lo normal, de los caracteres fundamentales de las perturbaciones de naturaleza comicial y de la constitución epileptoidea.

Dos métodos de investigación han contribuido muy ampliamente a determinar estos dos tipos. Son el test de Rorschach y los dibujos de niños. El test, que, en el espíritu mismo en el que ha sido concebido por Rorschach, estaba destinado en primer lugar a la exploración, no de los contenidos, sino de los factores formales de nuestra vida, ha encontrado ahí un vasto campo de aplicación.

El racional se complace con lo abstracto, con lo inmóvil, lo solido y lo rígido; lo inmóvil y lo intuitivo se le escapan; piensa más de lo que siente y no capta de una manera inmediata; es "frío" a la manera del mundo abstracto; disciplina y separa por ese hecho, los objetos, con sus contornos nitidos, ocupan en su visión del mundo un lugar privilegiado; así llega también a la precisión de la forma.

El sensorial al contrario, vive en lo concreto, aun en lo hiperconcreto; no llega a destacarse de ello; siente mucho más de lo que piensa y se deja guiar en la vida por la facultad de "sentir" de muy cerca los seres y las cosas; ve el mundo en movimiento (las cinestias en el test de Rorschach), movimiento que no se reduce a un simple desplazamiento de objetos en el espacio, sino que, en su dinamismo elemental, aventaja, si se puede decir, al objeto y se impone así a menudo en detrimento de la precisión de la forma; en fin ve el mundo en "imágenes" (3)

EL AUTISMO

EL CONTENIDO DE LAS PSICOSIS Y EL AUTISMO.

Mediante la noción de contenido de la psicosis se trata de descifrar el sentido de las manifestaciones incoherentes ante las cuales nos encontramos, haciéndolas volver a los acontecimientos de pesada carga afectiva del pasado del enfermo. Estos acontecimientos son llamados en las investigaciones "Los Complejos".

El contenido de las psicosis no constituye la propiedad exclusiva de una sola enfermedad mental, cualquiera que sea; no implica por sí misma ningún diagnóstico. La presencia o la ausencia de complejos no es un factor de diagnóstico diferencial. Para la esquizofrenia como para toda otra afección, ese debe descansar sobre el aspecto deficitario, es decir sobre los síntomas elementales y sobre el comportamiento particular. Ningún acontecimiento, ningún fenómeno de la vida normal basta por sí mismo para elaborar la noción de una enfermedad. Esta no puede descansar sino sobre perturbaciones y anomalías y no sobre el contenido psicológico de la psicosis.

La noción del contenido de la psicosis no implica necesariamente la idea de que ese contenido sea la causa de la psicosis, ni aún de la psicogénesis de las perturbaciones a las que se aplica, ni menos todavía, de la afección que las condiciona. Podemos admitir muy bien que una perturbación generadora lleva a manifestaciones anormales tales como lo son los movimientos estereotipados. Nada impide por ejemplo interpretar esos movimientos como un dobleamiento de un impulso vital, como aparición de un ritmo elemental que no es más que un pataleo en el mismo lugar, que un eterno recommienzo sin progresión alguna. Pero esta interpretación no nos veda de ninguna manera poder recurrir a los complejos para tratar de comprender la significación simbólica que pueden tener esos mismos movimientos y de darnos cuenta

de por qué razón revistan tal forma antes que otra en el enfermo estudiado.

Para Bleuler los complejos no sirven sino para hacernos comprender el sentido de las manifestaciones y de las reacciones secundarias, que se han instalado en el esquizofrénico en virtud de la perturbación inicial y que imprimen a cada caso su sello individual.

AUTISMO

Bleuler señaló que el autismo es la desvinculación de la realidad acompañada de un predominio relativo o absoluto de la vida interior.

En los casos más leves, la realidad ha perdido solamente en su alcance afectivo y lógico. Los enfermos se mueven todavía en el mundo exterior, pero ni la evidencia ni la lógica tienen ya acción ni sobre sus deseos, ni sobre su delirio. Todo lo que está en contradicción con los complejos simplemente no existe, ni para el pensamiento ni para la afectividad.

El autismo no siempre puede ser comprobado de una vez. Solo observándolos más detenidamente uno se percata hasta qué punto, cuidadosos de seguir su propio camino, se esfuerzan por no dejar penetrar hasta ellos al ambiente.

Ciertos enfermos, sobre todo al comienzo, huyen conscientemente del mundo, porque la carga afectiva que llevan en sí es demasiado pesada; tratan de evitar toda causa de emoción. La indiferencia respecto del mundo exterior es entonces un fenómeno secundario, consecuencia de una emotividad demasiado grande. En muchos enfermos el autismo se refleja igualmente en su actitud exterior. Lo mismo que la afectividad autista, el pensamiento autístico tiene sus propias leyes.

El pensamiento autístico no busca ni ser comunicado a los demás de una manera comprensible, ni dirigir la conducta conforme a las exigencias de la realidad; ya no se sirve del verbo de una manera inteligible. Sólo tiene un alcance subjetivo; sirve sólo al individuo mismo y todavía únicamente en cuanto está apartado de la realidad; así puede hacer uso libremente de signos y de procedimientos especiales, que pueden volverlo más rápido, más cómodo, en general más apropiado a los caracteres particulares de los complejos que expresa. (4) (5)

SINDROME FUNDAMENTAL DEL PERIODO DE ESTADO DE LA ESQUIZOFRENIA DE ACUERDO A LA ESCUELA FRANCESA.

Las psicosis esquizofrénicas, al igual que las psicosis delirantes crónicas, evolucionan por lo general durante años; puede decirse que durante la mayor parte de la existencia.

La disgregación de la vida psíquica da lugar a una serie de rasgos en cierta manera negativos: es el "modo" esquizofrénico de desestructuración de la consciencia y de la persona, llamado síndrome de disociación; por otra parte el vacío así creado tiende a transformarse en una producción delirante positiva, también ésta en un estilo particular; es el delirio autístico ó Autismo. Estos dos polos son estrictamente complementarios y están unidos por caracteres comunes: La ambivalencia, la extravagancia, la impenetrabilidad, el desapego, los cuales comunican a la sintomatología un carácter peculiar.

-La ambivalencia: antagonismo simultáneo o sucesivo de dos sentimientos, de dos expresiones, de dos actos contradictorios. Los dos términos son vividos conjuntamente y sentidos separadamente.

-La extravagancia: Resulta de la distorsión de la vida psíquica que dan la idea de una serie de paradojas encadenadas caprichosamente.

-La impenetrabilidad: caracteriza la incoherencia del mundo de relaciones del esquizofrénico, su tonalidad enigmática, el hermetismo de sus intenciones, de su conducta o de sus proyectos.

-El desapego: evoca el retraimiento del enfermo hacia el interior de sí mismo, la "vuelta" centripeta de la consciencia y de la persona, la invasión de lo subjetivo y el abandono a la ensañación interior.

1. La disgregación de la vida psíquica. EL SÍNDROME DE DISOCIACION. Se puede definir como un desorden discordante de los fenómenos psíquicos, los cuales han perdido su cohesión interna. Se llama Spaltung en alemán.

a) Transtornos del curso del pensamiento y del campo de la consciencia.

La discordancia más sorprendente en la esquizofrenia es que existe una inteligencia potencial, que parece conservada, y el uso profundamente alterado de esta inteligencia: pérdida de cohesión, de armonía, de eficacia, "ataxia intrapsíquica". La producción ideica es caótica y mal dirigida. Las asociaciones se encaminan por contaminación, derivaciones, sustituciones. Puede haber intercepción en el relato y éste constituye un signo casi patognomónico.

Todos estos transtornos manifiestan una mala gestaltización o mala diferenciación de los elementos, que, en el pensamiento normal, se distinguen (los detalles sobre el fondo) guiados por una intención y reunidos y reunidos en una forma que se adapta a su contenido significativo

b) Transtornos del lenguaje.

La conversación: Puede resultar imposible: mutismo, semimutismo o mutismo interrumpido por impulsiones verbales, o incluso respuestas laterales, absurdas, desconcertantes, sin relación con la pregunta. No está dirigida a establecer contacto con los demás. Puede ser la continuación de una ensañación verbal.

La fonética, Entonación, ritmo y articulación están desintegrados, lo mismo ocurre con la estructura de las palabras.

Las alteraciones de la semántica. El sentido (lo significado) del material verbal (lo significante) está desviado de su acuerdo con el lenguaje común. Tiende a cambiar el sentido de las palabras, bien sea fabricando verdaderos neologismos, bien sea empleando en un sentido nuevo palabras ya existentes. El lenguaje se puede convertir en una ensalada de palabras (esquizofasia).

La escritura, los dibujos y las diversas producciones gráficas muestran alteraciones del mismo sentido y del mismo valor que el lenguaje oral.

c) Alteraciones del sistema lógico. Domina un pensamiento regresivo, gobernado por las exigencias afectivas y por la necesidad de modificar el sistema de la realidad, de escapar a las leyes de las categorías lógicas del entendimiento. Es arcaico porque es mágico; es irreal porque es paralógico, simbólico y sincrético. Las abstracciones son refugios, retiradas sistemáticas sin base objetiva: son abstracciones formales.

d) La desorganización de la vida afectiva. Parece haber una exclusión sistemática de la vida afectiva. Ejerce (el esquizofrénico) en relación a su capacidad de sentir y emocionarse, una formidable represión. Las relaciones afectivas están completamente invertidas.

La comunicación con los demás, cuando no está cortada, está radicalmente falsificada. A partir de la situación parental, el enfermo proyecta en todos en todos los que le rodean los afectos y fragmentos de imágenes que "fantasmaticizan" las primeras relaciones fundamentales.

Las manifestaciones emocionales que expresan estos caos son desconcertantes y, como se dice, "inmotivadas", ya que surgen de una capa afectiva impenetrable y secreta. A veces sin embargo, esta motivación nos es contada por el enfermo en un intervalo libre o en un contacto terapéutico. Se descubren entonces el contenido latente, la simbolización de las situaciones, la carga fantasmagórica de los comportamientos, el sueño infiltrado en la vida.

Detrás de estas perturbaciones de las relaciones o de las emociones se descubre la primitiva exigencia del mundo de los instintos.

e) La discordancia psicomotriz. El comportamiento catatonico. La ambivalencia provoca en los actos una especie de oscilación perpétua de la iniciativa motriz entre la ejecución y la suspensión del movimiento. En la mímica conduce a una serie de expresiones paradójicas y sin coordinación entre la expresión que dibujan y la emoción. Existen manierismos. Crisis clásticas (actos regresivos, automutilaciones, extraños suicidios, Conductas negativistas, Estereotipias. Inercia: pérdida de la iniciativa motriz, la pobreza del movimiento, la rigidez.

2. EL DELIRIO PARANOIDE. EL AUTISMO.

Nos resulta posible captar la existencia esquizofrénica en su estructura positiva, que es esencialmente la de una existencia delirante. La esquizofrenia es una forma de existencia delirante que comporta experiencias delirantes primarias y una elaboración autística o secundaria del delirio en la constitución del mundo.

a) La vivencia delirante. Está ligada a los transformos negativos.

-Vivencia de extrañeza. Se le denomina experiencia delirante primaria. Consiste en un profundo cambio de la experiencia sensible, que ya no le permite enlazar con los anteriores sistemas de referencias. Puede verse como esta extrañeza de la existencia está ligada a la discordancia: Es como la resultante de los déficit. Está compuesta de ilusiones (alteraciones perceptivas), de interpretaciones (me miran), de intuiciones (me adivinan), de alucinaciones (me insultan). El mundo interior está perturbado. Las alteraciones de la experiencia corporal son parcialmente proyectadas en el mundo exterior.

-Vivencia de despersonalización. Muy a menudo la experiencia de extrañeza se vive en la esfera del cuerpo o del pensamiento, y los enfermos se lamentan de ser transformados y metamorfoseados.

-Vivencia de influencia. Más a menudo aún, la experiencia delirante es la de un desdoblamiento alucinatorio que expresa en forma de acontecimientos la debilidad y disociación del yo. La forma más frecuente de este delirio viene representado por la experiencia de influencia. Generalmente asociada a alucinaciones acústico verbales, sensitivas y psicomotoras. El pensamiento es repetido. Los gestos son comentados, enunciados por una voz interior. Palabras forzadas y alucinaciones cenestésicas completan este cuadro clásico de automatismo mental que está marcado en a experiencia del esquizofrénico por cualidades propias.

b) LA ELABORACION DELIRANTE SECUNDARIA, EL DELIRIO AUTISTICO.

Al sentimiento de disgregación corporal corresponden los temas hipocondríacos, los delirios de metamorfosis, de negación de órganos, de posesión diabólica o zootópica. Al sentimiento de influencia corresponden los temas de espiritismo, sugestión, sustitución, erotización. A los de influencia corresponden los de persecución, de conspiración, etc.

El delirio en su forma auténticamente esquizofrénica, sobrepasa el de las experiencias delirantes: Las prolonga y las organiza en un mundo autístico. A medida que la psicosis se confirma y evoluciona, la constitución de este mundo delirante o Mundo Propio representa, según la expresión de Wyrzsch, el núcleo mismo de la existencia esquizofrénica.

Este delirio posee los caracteres siguientes: No se expresa más que por un lenguaje abstracto y simbólico; es imposible de penetrar y reconstruir por el observador. Utiliza modos de pensamiento o de conocimientos mágicos; esta constituido por creencias e ideas que forman una concepción hermética del mundo. Lo que resulta característico de este delirio es su carácter caótico, fragmentario y deshilvanado. Hay un progresivo empobrecimiento de las formulaciones. La incoherencia ideoverbal terminal corresponde a la consumación de la disgregación psíquica. A la discordancia completa corresponde un Delirio incommunicable: Este doble movimiento regresivo es el que ha impuesto a los clínicos la noción de Autismo.

c) EL AUTISMO Y LA PERSONA DEL ESQUIZOFRENICO

Es la característica misma de la psicosis esquizofrénica. Es preciso entender con esta palabra la constitución de un mundo propio que tiende a encerrarse sobre si mismo. Los elementos negativos conducen a la pérdida de unidad y coherencia de la consciencia y de la persona del enfermo. Los elementos positivos consisten en la liberación y en la reestructuración de los sistemas pulsionales primitivos. Hay reflujos de la libido hacia fuentes preobstaculadas que expresa la inmensa apetencia de regresión que conduce al enfermo a satisfacerse en los fantasmas narcisistas, fin último de su comportamiento autístico y fin del mundo real. También es el delirio alucinatorio noético-afectivo lo que constituye el núcleo de la esquizofrenia. El proceso esquizofrénico invierte y deforma todo el sistema de la realidad personal, alterando los lazos que normalmente unen al Yo con el mundo de la realidad y a la coexistencia social. (4)

...EL TEST DE RORSCHACH

La investigación proyectiva mediante la técnica de Rorschach consiste en 10 láminas con manchas en ellas. Existen 6 escuelas principales de administración de la prueba, interpretación y puntaje. A pesar de las diferencias entre los distintos enfoques, existen ciertos puntos comunes. Típicamente la administración se caracteriza por una orientación breve de la tarea, las cual es no directiva propositivamente. Las láminas se presentan al paciente una a una, y las percepciones individuales se anotan inmediatamente. La interacción con el entrevistador se reduce al mínimo. Para completar esta fase, las láminas son reexaminadas una a una, con preguntas más dirigidas para asegurarse de codificar todas las respuestas.

Aunque los sistemas de puntaje varían, las respuestas del paciente son típicamente codificadas bajo tres principales

categorías: localización, determinantes y contenido. La localización se refiere a que parte de la lámina fue utilizada. Los determinantes son aquellos aspectos de la lámina que son los salientes en la percepción del paciente. Estos determinantes incluyen el uso de la forma, color y textura. Aspectos del percepto que no están necesariamente presentes en la mancha como la percepción del movimiento, la tridimensionalidad etc. también se codifican. Finalmente el contenido se refiere al carácter específico del percepto, como Humano, Animal, objeto etc.

La interpretación es un proceso complejo y largo. Los proponentes del método de Rorschach mantienen que la técnica provee información del nivel de funcionamiento del paciente, madurez, prueba de realidad, estilo de relaciones interpersonales, habilidad para organizar al medio balanceándolo con los recursos internos, balance entre la actividad y la pasividad y la respuesta emocional. La técnica de Rorschach frecuentemente se usa para documentar la psicosis, el riesgo suicida., depresión, ansiedad y otros síndromes clínicos.

El método de Rorschach ha generado un cuerpo amplio de investigación en la literatura; sin embargo la complejidad de la técnica ha detenido el desarrollo de una base de datos comprensiva y cohesiva. Este problema ha provocado en años recientes que se hagan esfuerzos para uniformar la codificación y la interpretación, así como la validación científica de la prueba.

En general, sin embargo, la evidencia que da soporte a la validez del Rorschach es mixta; y, aunque el test permanece ampliamente usado, sus propiedades psicométricas son menos sofisticadas que las de las pruebas no proyectivas.

El hecho de que muchos individuos gozan cuando se les aplica esta prueba puede ser interpretado como una fuerza de esta prueba. La ambigüedad del estímulo y las formas no estructuradas de administración pueden proveer una información invaluable de como el paciente funciona en este tipo de situaciones. Adicionalmente, la validez interpretativa de la prueba se puede incrementar con un uso mayor y un incremento en la experiencia clínica. (9)

RELACIONES ENTRE LAS RESPUESTAS CINÉTICAS Y LAS CROMÁTICAS. EL TIPO VIVENCIAL.

Introversividad; Extratensividad; Coartación.

La relación entre las respuestas cinéticas y las cromáticas nos permite establecer determinadas conclusiones diferenciales y generalizaciones.

Las cantidades absolutas de M y C, por más importancia que tengan como representantes de la creación interior y de los afectos, respectivamente, no son por sí solas, expresiones suficientes de estos; lo esencial es, en cambio, su proporción mutua.

Las respuestas cromáticas han demostrado representar la afectividad; cuanto más C, tanto mayor es la inestabilidad emocional del sujeto; cuanto más cinestésias, tanto más estabilizada es la afectividad.

Si realizamos un cuadro en donde exista predominio de C a la derecha y a la izquierda predominio de M tendremos: En su mitad izquierda, se encontraran los sujetos de mayor equilibrio afectivo, y a la derecha los más inestables afectivamente, debiéndose comprender la inestabilidad en su más amplio sentido, es decir, incluyendo en

ella la capacidad de establecer

relaciones emocionales. A la mitad izquierdas corresponden aquellas personas que se adaptan con dificultad afectivamente, mientras que a la derecha se ubican los de fácil adaptación emocional, siempre que su excesiva inestabilidad no les impida adaptarse y no se hallen perturbadas otras funciones no menos necesarias para asegurar la adaptación, como ocurre en los dementes orgánicos y en los esquizofrénicos.

La línea media no representará un límite neto entre dos tipos distintos en todo sentido, sino más bien una separación cuantitativa gradual. A la izquierda sería mayor una capacidad para la vida interior y menor la adaptabilidad; a la derecha sucede lo contrario.

El concepto de capacidad de relación emocional, que representa lo que se puede llamar el grado normal de la inestabilidad afectiva se puede precisar más: Cabe discernir la capacidad de relación intensiva de la extensiva. Así, esta capacidad puede ser intensivamente poderosa, pero muy reducida extensivamente, como por ejemplo, en el sujeto "ensimismado", "cerrado", que difícilmente establece contacto, pero que, una vez vinculado a otra persona, puede demostrar una capacidad de relación muy íntima. Además, la capacidad puede ser extensivamente muy fuerte, pero intensivamente débil como por ejemplo, en el "amigo de todos", tipo oportunista que entabla amistad con todo el mundo, para desaparecer al poco tiempo. También puede ocurrir que sea intensiva y extensivamente poderosa, como generalmente ocurre en los casos de gran talento personal y, ocasionalmente hipomaniacos. Por fin la capacidad de relación puede ser extensiva e intensivamente débil, como en los casos de distimia hipomaniaca, en los comerciantes enfrascados, los burócratas, los pedantes y los individuos rígidos y estrechos, que sólo tienen capacidad de relación intelectual.

Los sujetos de relación más bien intensiva que extensiva encuéntrase en la mitad izquierda del esquema. A este tipo corresponden las personas de afectividad más estable, que son los más internalizados. Tales características corresponden al cuadro clínico de los paranoídes, que aún cuando parezcan ser enemigos de todo el mundo, por lo regular son capaces de mantener una relación bastante intensiva con un familiar, un amigo o un médico. El hecho de que las ideas delirantes del enfermo conmuevan incesantemente la relación intelectual, nada dice en contra de su capacidad de relación afectiva. En la vida normal nos hallamos con un fenómeno análogo en la tendencia del individuo ensimismado a idealizar a sus amigos, es decir, en el hecho de que su creación interior atribuye a los amigos rasgos que quizá no posean en la realidad o que, por lo menos, no ostentan en tal nivel. Su capacidad de adaptación intelectual puede ser muy defectuosa, pero la adaptación afectiva compensa el déficit.

En la mitad derecha del esquema se hallan los sujetos cuya capacidad de relación es más bien extensiva que intensiva: los maestros de la adaptación emocional, las personas prácticas, los ágiles, los frívolos. También pertenecen a esta zona los hebefrénicos, dispuestos a entablar conversación con quienquiera se cruce en su camino; los pleitistas dispuestos a narrar su proceso a quien esté dispuesto a escucharlos; luego los epilépticos, que esperan de todo el mundo atención y simpatía por sus propios trastornos; y por fin los dementes seniles y los paralíticos, que saludan a cualquier extraño como un viejo conocido.

Cuando la inestabilidad afectiva es demasiado poderosa, reduce a su vez la capacidad de relación intelectual, tal como sucede en los casos de excesiva estabilidad de las emociones. En esta circunstancia, los afectos tornanse egocéntricos: El sentido de adaptación que experimenta el sujeto es desmesuradamente inestable, y equivale, en realidad, al deseo de que los demás se le adapten, sin que él mismo tenga conciencia de ello.

La fuerte capacidad de relación intensiva y extensiva, así como la capacidad débil, siempre se hallan en personas que corresponden a la columna central del esquema.

A la derecha del esquema encontramos numerosos sujetos con excitación motriz, pero un examen más detenido revela que en la mitad izquierda se reúnen afectivamente todas aquellas personas caracterizadas por una motilidad equilibrada, mesurada, tranquila, frecuentemente torpe y flemática. A la derecha, en cambio, se instalan los excitados motrices, pero también los sujetos de motilidad rápida, despierta, vivaz y ágil. Estas relaciones se observan fácilmente en el esquema de los normales, pero el problema no queda agotado con ellas. En efecto, al igual que la afectividad, también la motilidad puede hallarse más o menos dominada por el control consciente, control susceptible de ser aprendido. Para caracterizar el proceso, basta establecer qué punto de partida debe tener aquél para alcanzar predominio. Así, una motilidad reposada, presupone ante todo la facilitación de las descargas, mientras la motilidad agitada fundase en el desarrollo de las inhibiciones. Una motilidad agitada e indisciplinada es, por ejemplo, el impulso maniaco de movimiento, así como ciertas manifestaciones de la ebriedad. Una motilidad reposada es, entre otras, el abandono flemático y torpe. La motilidad agitada y dominada lleva a la habilidad; la reposada y disciplinada conduce probablemente a la precisión.

En efecto, los sujetos hábiles y precisos se encuentran a la derecha, al tiempo que los torpes e inhábiles predominan a la izquierda. La siguiente tabla ofrece los resultados de Rorschach:

PREDOMINIO DE LAS CINESTESIAS

PREDOMINIO DE LOS COLORES

| | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Inteligencia más diferenciada | Inteligencia estereotipada |
| Mayor capacidad de creación propia. | Mayor reproductividad |
| Mayor vida interior. | Mayor vida exterior |
| Afectividad equilibrada | Afectividad inestable |
| Menor capacidad de adaptación a la realidad. | Mayor capacidad de adaptación a la realidad. |
| Relación más bien intensiva que extensiva | Relación más bien extensiva que intensiva. |
| Motilidad mesurada y estabilizada | Motilidad inestable y excitada. |
| Torpeza, falta de habilidad. | Habilidad y destreza. |

Por tanto, enfrentamos dos tipos distintos, que tampoco deben considerarse con criterio absoluto, pues sólo se presentan en la práctica, como mezclas con predominio del uno o del otro.

Se denomina tipo M a aquel en el cual predominan las cinestésias, y tipo C al de predominio de las respuestas cromáticas (esta oposición sólo rige en el sentido clínico, pero no psicológicamente. El tipo M sólo significa que determinado grupo de funciones se halla

muy desarrollado en los sujetos que las presentan. Lo contrario de este cuadro sería simplemente, el deficiente desarrollo de tales funciones. Sin embargo, esto no significa, ni mucho menos, que deba existir un tipo C. En cambio en tipo C designa meramente un grupo de otras funciones que también son susceptibles de encontrarse, a su vez, fuerte o débilmente expresadas.

Del cotejo esquemático entre las cualidades de los tipos M y C puede derivarse aún la siguiente conclusión: Cuanto más cinestésias, tanto menos movimiento; cuanto más movimiento, tanto menos cinestésias. Por lo tanto, los esquemas cinestésicos coartan los movimientos activos, y éstos, a su vez, inhiben los engramas cinestésicos.

Existen relaciones muy íntimas, e inclusive estrecho paralelismo, entre la motilidad y la afectividad. Las calificaciones "estable" e "inestable" pueden aplicarse tanto a la afectividad como a la motilidad.

Una afectividad inestable, cuando es indisciplinada y mesurada, lleva a la capacidad de adaptación emocional y de relación, mientras que la motilidad inestable, pero también dominada y mesurada, da lugar a la adaptabilidad motriz y a la destreza. Cierta grado óptimo de dominio sobre la afectividad y la motilidad da lugar a la habilidad social, alcanzándose esta clase de dominio por medio del autocontrol consciente, que también es imprescindible para la buena visualización de las formas.

Las cinestésias estabilizan la motilidad al par que la afectividad. (aunque hay excepciones). Algunas conclusiones de lo anterior:

1. Las cinestésias estabilizan tanto la afectividad como la motilidad.
2. El pensamiento conscientemente aprendido y las funciones lógicas habituales, inhiben tanto las cinestésias como la afectividad y la motilidad.
- 3.- El pensamiento conscientemente aprendido y las funciones lógicas de máxima agudeza consciente en determinada ocasión, suprimen totalmente las cinestésias y estabilizan la motilidad tanto como la afectividad, al servicio de la más intensa concentración, dando por resultado el estado de tensión muscular que aparece al concentrarse la atención.

Por lo tanto, los tipos M y C presentarán un aspecto exterior totalmente distinto, de acuerdo con la energía de las funciones lógicas conscientes o habituales.

El tipo M, con sus características -predominio de la capacidad interior, de la deficiente adaptabilidad a las condiciones reales e insuficiencia de las relaciones extensivas- corresponde a aquel tipo de personalidad que en el lenguaje técnico y general se suele designar "introvertido".

El término introversión procede de la terminología psicoanalítica y fue aplicado originalmente por C.G.Jung. A la sazón, servía para designar la introversión libidinis sexualis (conociéndose ésta en el amplio sentido que le dio Freud). Designa tal término el fenómeno de que una parte del amor que previamente se dirigía a un objeto real y que está destinado al mismo, se introvierte, es decir, se orienta hacia adentro, hacia el propio sujeto, animando allí la actividad imaginativa. Cuando Jung amplió aún más el concepto freudiano de la libido, incluyendo en él todas las manifestaciones de la voluntad, en

el sentido de Schopenhauer, también el concepto de introversión sufrió idéntico destino. Desde entonces, significa el desprendimiento de la realidad y la sumersión en la fantasía. "proceso en el cual, a medida que la realidad pierde su acento, el mundo interior adquiere carácter real y fuerza determinativa". Sin embargo Jung abandonó el punto de vista de que toda introversión sería patológica, discerniendo ahora dos tipos de psiquismo humano: El tipo introvertido y el extrvertido. La función cardinal del segundo es el sentimiento: la del primero el pensamiento. Sólo adquieren carácter patológico cuando la función cardinal de adaptación entra en conflicto con la función accesoria, indiferenciada e inconsciente en su mayor parte, o sea, en el extrvertido con el pensamiento, y en el introvertido con el sentimiento.

Rorschach aplica el concepto de introversión en un sentido cuya única concordancia con el de Jung es el nombre común a ambos. El cuadro clínico del tipo M, tal como se desprende sus protocolos, no corresponde a la imagen del introvertido descrito por Jung, sino más bien a su concepto en el lenguaje cotidiano.

La tendencia a volverse hacia sí mismo es, sin duda alguna, un rasgo universal del ser humano, que, como cualquier otra propiedad, puede sufrir las mayores variaciones de magnitud en la integración de las funciones humanas. Además de su magnitud, empero, también debe considerarse si la introversión es activa o pasiva, si es fija ó móvil. Hasta cierto punto, es activa en el poeta y pasiva en el catatónico que simplemente es víctima de ella. En el sujeto normal es móvil, o sea que representa un fenómeno transitorio y controlable en amplio grado, obedeciendo a la inactivación consciente de los factores que la inhiben, es decir, a un proceso que puede interrumpirse en todo momento volviendo a activar las funciones adaptativas. En cambio, se fija en el esquizofrénico, cuyo aparato de reactivación adaptativa es absolutamente reactivo o sólo cede al compromiso que representan las ideas delirantes.

La necesidad de establecer estas diferenciaciones nos indica la prudencia con que debe aplicarse el término introversión. En principio éste significa dos cosas: por un lado, el proceso, el acto de encimismarse; por el otro el estado de encimismamiento. Por tanto cabe discernir netamente el proceso de introversión frente al estado de introversión y, en consecuencia, el sujeto normal perteneciente al tipo M no ha de ser calificado de introvertido, sino de "introvertible" ó introversivo, para denotar que no se trata de una cualidad fija sino de una facultad móvil. El estado de introversión ó introvertéz indica tan sólo el rígido predominio de las tendencias introversivas sobre las no introversivas. La introvertéz o el estado de introversión es patológica. Por tanto, una persona cuyo protocolo fuese predominantemente cinestésico, habría de calificarse de predominantemente introversiva.

En el lenguaje común se opone al introvertido el extrvertido. A grandes rasgos este coincide con el Tipo C. Sus características generales son: impulso a vivir hacia afuera; motilidad excitable; afectividad inestable. Son estas cualidades las que se oponen la introversividad, agrupándolas en el concepto de extratensividad que se denomina extratensivo.

Los sujetos con idénticas proporciones de extratensividad e intratensividad se les denomina ambiguales. Externamente son

equilibrados. Sin embargo es notoria su tendencia a la dubitación cuando se halla en tyrance de tomar una decisión. En general esta tipología se actualiza en individuos de mentalidad "abierta" con la suficiente dosis creativa propia de los imaginativos y, a su vez, no huidizos a la hora de acudir al reclamo de las estimulaciones externas. Cuando actúa en su personalidad el concurso de otras facultades como la empatía y el buen rapport humano, estos individuos son los mejor dotados para mostrar una conducta ductil y capacitada para establecer con igual calidad, un tipo de comunicación personal tanto íntimo como superficial. Por tanto, llegan a adoptar actitudes diferenciadas y hasta originales, mostrando buenas dotes tanto para el replique interior y el control sobre la exteriorización de las cargas afectivas, como para la adaptación al medio en que viven.

El carácter ambiguo, sin embargo, puede desviarse por senderos patológicos cuando esa rica doble polaridad de orientación en sus reacciones afectivas entorpece la capacidad de elección y trastorna su armonía psíquica, conduciéndole a la inseguridad y hasta la obsesión, debido al desacuerdo que vivencia entre las distintas presiones que pueblan su psiquismo.

El coartado es el individuo en el que en su fórmula no aparecen reacciones cinestésicas o de color. Su conducta es de clausura y retroceso afectivo. Inhibe sus afectos e iniciativas, mostrándose, por lo general, poco inteligente y ello no tanto debido a un déficit congénito sino más bien a esa apatía y desinterés tan presentes en su temple de ánimo general.

En el coartado, por tanto, ninguno de los componentes afectivos alcanza una expresión adecuadamente satisfactoria. Las inclinaciones naturales de expresión quedan bloqueadas y hasta anuladas. En los protocolos coartados predomina, fundamentalmente, el elemento formal, acompañado de escasa precisión en sus elaboraciones mentales.

La génesis de la coartación puede ser diversa. (2)

TIPO VIVENCIAL Y ENFERMEDAD MENTAL

Pueden haber dos posibilidades: La enfermedad puede modificar y desplazar el tipo vivencial, o bien, no lo desplaza, sino que, recíprocamente, su aspecto clínico es determinado por aquél.

En lo que respecta a la esquizofrenia puede indicarse sintéticamente que la demencia simple pertenece al tipo coartado; la catatonía al ambiguo dilatado; las formas paranoides al introversivo, y la hebefrenia al extratensivo. Así, como las distintas formas a menudo se superponen clínicamente, también se confunden aquí, de acuerdo con las múltiples combinaciones que adoptan los factores integrantes del tipo vivencial. En lo relativo a su evolución, muchas esquizofrenias siguen claramente, en sus rasgos generales, el desarrollo que recorre el tipo vivencial en un sujeto sano. Por último en cuanto a las razas, las más introversivas producen catatonías más típicas y esquizofrenias paranoides más productivas, prevaleciendo las alucinaciones cinestésicas, en mayor grado que las razas extratensivas. Estas, a su vez dan catatonías más hebefrenoides, esquizofrenias paranoides poco productivas y alucinaciones predominantemente acústicas.

No se podría decir cómo se realizan en la esquizofrenia las mencionadas relaciones posibles entre el tipo vivencial y la forma de

psicosis. Lo más probable es que las verdaderas catástrofes esquizofrénicas, principalmente los brotes catatónicos repentinos, traigan consigo un brusco desplazamiento del tipo vivencial, que, sin embargo, no alcanza a deformar excesivamente el tipo habitual, de modo que en la elección de la forma de psicosis, el tipo vivencial desempeña en todos los casos un esencialísimo papel determinante. Cuando la toxica esquizofrénica- ese agente desconocido que provoca la esquizofrenia- incide sobre el psiquismo, las personas originalmente intraverbivo tornanse paranoideas, las extratensivas son víctimas de una hebefrenia y los ambiguos enferman de catatonía.

Verosímilmente, las exacerbaciones catatónicas agudas, no sólo son acompañadas por un desplazamiento, sino también por una repentina

y simultánea dilatación del tipo vivencial. En el enfermo que convalece de uno de estos brotes agudos, es común comprobar una fuerte coartación, que de ordinario impresiona exteriormente como un verdadero defecto, presentando ligera depresión, ausencia de interés, resignación, actividad automática e indiferente, etc. El tipo vivencial solo parece volver a dilatarse paulatinamente, y en ciertos casos nunca llega a perder enteramente su coartación.

Rorschach menciona " Estos problemas serian susceptibles de más segura exploración si se conocieran las transformaciones del tipo vivencial en condiciones normales. Esta evolución normal en el curso de la vida quizá contribuyese a resolver la cuestión de que por qué las variadas subformas de la esquizofrenia inciden de preferencia en determinadas épocas de la vida; así, la hebefrenia en la pubertad, la catatonía entre los 18 y 30 años, la forma paranoidea entre los 30 y los 40, y la paranoia y los delirios pleitistas, aún más tarde. (2)

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSMIII.

De acuerdo al manual diagnostico y estadístico de los transtornos mentales la sintomatología esencial del grupo de las esquizofrenias consiste en la presencia de determinados síntomas psicóticos durante la fase activa de la enfermedad, síntomas característicos que implican múltiples procesos psicológicos, deterioro del nivel previo de actividad, inicio antes de los 45 años, y una duración de seis meses como mínimo. La alteración no es debida a un transtorno afectivo ni a un transtorno mental organico. En alguna de las fases de la enfermedad esquizofrenica se encuentran siempre ideas delirantes, alucinaciones, o alteraciones del curso o contenido del pensamiento.

Criterios para el Diagnostico de Esquizofrenia.

A. Uno de los siguientes síntomas como mínimo, durante alguna de las fases de la enfermedad.

- 1) ideas delirantes extrañas (con contenido claramente absurdo y sin base), como ideas delirantes de creerse controlado o difusión, imposición o robo del pensamiento.
- 2) ideas delirantes somáticas de grandeza, religiosas, nihilistas, u otras ideas delirantes sin contenido de persegución o celos.
- 3) ideas delirantes de persegución o celos se se acompañan de cualquier tipo de alucinaciones

4) alucinaciones auditivas en las que las voces comentan los pensamientos o la conducta del sujeto, o las voces conversan entre sí.

5) alucinaciones auditivas que en ocasiones contienen más de una o dos palabras, sin relación con la depresión o euforia.

6) incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, pensamiento ilógico notable, o notable pobreza del contenido del lenguaje si se acompaña de uno de los siguientes síntomas.

a) afectividad embotada, aplanada o inapropiada.

b) ideas delirantes o alucinaciones

c) conducta catatónica o gravemente desorganizada.

B. Deterioro del nivel previo de actividad laboral, de las relaciones sociales y del cuidado personal.

C. Duración: Signos continuos de enfermedad durante seis meses como mínimo a lo largo de la vida del sujeto, con algunos signos de enfermedad en la actualidad. El periodo de seis meses debe incluir una fase activa durante la cual se presentan síntomas del criterio A, con o sin fase prodromica o residual, tal como se define más adelante.

Fase Prodromica:

Claro deterioro de la actividad antes de la fase activa de la enfermedad no debido a alteración del estado de ánimo ni a un trastorno por uso de sustancias tóxicas y que, como mínimo comprende dos de los síntomas señalados más abajo.

Fase Residual:

A continuación de la fase activa de la enfermedad persisten, como mínimo, dos de los síntomas señalados más abajo, no debidos a alteración del estado de ánimo o a trastorno por uso de sustancias tóxicas.

Síntomas prodromicos o residuales.

1) aislamiento o retraimiento social

2) notable deterioro en actividades de asalariado, estudiante o ama de casa.

3) conducta peculiar llamativa (por ejemplo coleccionar basura, hablar sólo en público o acumular comida)

4) notable deterioro del aseo e higiene personal

5) afectividad inapropiada, embotada o aplanada

6) lenguaje disgregado, vago, sobreelaborado, detallado o metafórico.

7) ideación extraña o rara, o pensamiento mágico.

8) experiencias perceptivas inhabituales, como ilusiones repetidas, sentir la presencia de una persona o fuerza ausente.

D. Presencia de un síndrome maniaco o depresivo completo, aparecido tras síntomas psicóticos, o de duración más breve que los síntomas psicóticos del criterio A.

E. Inicio de la fase prodromica o de la fase activa antes de los 45 años.

F. Todo ello no debido a ningún otro trastorno mental orgánico o a retraso mental.

En el DSMIII se describen diferentes tipos, los cuales reflejan en perfil de los síndromes clínicos. Algunos son menos estables que otros, y las implicaciones del pronóstico y tratamiento son variables. El diagnóstico de cada tipo particular deberá basarse en la

evaluación del cuadro clínico predominante en el momento preciso de la valoración clínica.

Criterios para el diagnóstico del tipo Desorganizado.

Tipo de esquizofrenia en la que hay:

- A) Incoherencia frecuente
- B) Ausencia de ideas delirantes sistematizadas
- C) Afectividad inapropiada, embotada o estúpida

Criterios para el diagnóstico del tipo Catatónico .

Tipo de esquizofrenia en el que dominan alguno de los siguientes síntomas.

- 1) Estupor catatónico (notable descenso de la reactividad al ambiente y/o reducción de los movimientos espontáneos y de la actividad) o mutismo.
- 2) Negativismo Catatónico (resistencia sin motivo aparente, a las instrucciones o intentos de ser movilizado).
- 3) Rigidez catatónica (mantenimiento de una postura rígida a pesar de los esfuerzos por modificarla)
- 4) Excitación catatónica (excitación de la actividad motora sin propósito aparente y no influida por los estímulos externos)
- 5) Actitud catatónica (adquisición voluntaria de posturas o actitudes inapropiadas o extrañas)

Criterios para el diagnóstico del tipo Paranoide

Tipo de Esquizofrenia dominado por uno o más de los siguientes síntomas.

- 1) Ideas delirantes de persecución
- 2) Ideas delirantes de grandeza.
- 3) Ideas delirantes de Celos
- 4) Alucinaciones de contenido persecutorio o de grandeza.

Criterios para el diagnóstico del tipo Indiferenciado.

Tipo de esquizofrenia en la que hay:

- A) Ideas delirantes, alucinaciones e incoherencia llamativa, o conducta claramente desorganizada.
- B) No se cumplen los criterios para ninguno de los tipos previamente señalados o se cumplen los criterios para más de un tipo.

Criterios para el diagnóstico del tipo Residual.

Un tipo de Esquizofrenia en la que hay:

- A) Una historia de un episodio previo de esquizofrenia como mínimo, con síntomas psicóticos llamativos.
- B) Un cuadro clínico sin ningún síntoma llamativo psicótico, que ha obligado a la asistencia clínica.
- C) Pruebas continuas de enfermedad, tales como afectividad embotada o inapropiada, retraimiento social, conducta excéntrica, pensamiento ilógico o pérdida de la capacidad asociativa.

CLASIFICACION DEL CURSO

El curso de la enfermedad se registra con cinco dígitos.

- 1) Subcrónico. El tiempo desde el inicio de la enfermedad es menor de dos años pero de 6 meses como mínimo. Durante este tiempo el sujeto empieza a mostrar signos de la enfermedad (comprendiendo las fases prodromica, activa y residual) más o menos continuamente.

2) Crónico. Lo mismo que el anterior pero con una duración de más de dos años.

3) Subcrónico con exacerbación aguda. Reparición de los síntomas psicóticos ilimitados, en un sujeto con un curso subcrónico que se encuentra en la fase residual de la enfermedad.

4) Crónico con exacerbación aguda. Reparición de los síntomas psicóticos ilimitados, en un sujeto con un curso crónico que se encuentra en la fase residual de la enfermedad.

5) En remisión. Deberá usarse en el caso de un sujeto con historia de esquizofrenia y que en la actualidad no presenta signos de la enfermedad (tanto si está en tratamiento farmacológico como si no). La diferencia entre la esquizofrenia en remisión y la ausencia de trastorno mental requiere la consideración del periodo de tiempo transcurrido desde el último episodio de la alteración, su duración total y la necesidad de evaluación continuada o de tratamiento profiláctico. (6)

EL METODO PROYECTIVO DE INTERPRETACION

El primer investigador que utilizó el término proyección en sentido psicológico fue Sigmund Freud. El vocablo proyección tiene en la actualidad un empleo muy extenso, siendo numerosas las corrientes psicológicas que lo abordan y definen. No obstante, los elementos comunes que subyacen bajo esas definiciones son los siguientes:

- 1) El Proceso de Proyección es inconsciente.
- 2) Sirve como una defensa contra las tendencias inconscientes.
- 3) La proyección es el resultado de atribuir a otros los impulsos, sentimientos, ideas y actitudes inconscientes.
- 4) Reduce la tensión personal.

Habíamos de proyección cuando queremos indicar el siguiente proceso: El individuo percibe la realidad que le rodea y la configura en función de su experiencia personal, sus costumbres, hábitos, intereses.

La proyección se evidencia en todas las facetas del comportamiento. Un bello paisaje natural, por ejemplo, no poseerá la misma tonalidad vivencial para el pintor que en él se inspira, que para el cazador, quien solo destaca en su campo perceptivo ciertos estímulos privilegiados relacionados con la búsqueda de la presa.

Afirmado esto, y avanzando un poco más, podemos distinguir dos modos de entender la proyección.

En un sentido gráfico: El sujeto "saca fuera" de sí la imagen o representación de "aquello" que, de modo inconsciente, existe "dentro" de él. En este caso, la proyección puede entenderse como un autodesconocimiento compensado por el reconocimiento, en otro ser (persona o cosa) de aquello que precisamente ignora el sujeto dentro de sí mismo. Sería una versión específicamente Freudiana. Tal versión puede también considerarse a la proyección como una "expulsión" centrífuga: el sujeto arroja fuera de sí aquello que rechaza (aquí, no existiría desconocimiento), volviéndolo a encontrar seguidamente en el mundo exterior.

En definitiva, cuando, a través de las técnicas proyectivas, como por ejemplo el TAT, el sujeto verbaliza sus percepciones, tales percepciones no son únicamente el fruto de una armonización de

estímulos concordantes con la personalidad de quien los siente: el sujeto no solo proyecta lo que es, sino también lo que no quiere ser.

Se puede admitir que este mecanismo proyectivo descrito tal y como es descrito por los psicoanalistas, se puede aplicar en un modelo de prueba como el TAT, de Murray. Pero no deja de estar claro que una gran parte de las actividades proyectivas del ser humano no suponen indefectiblemente un proceso inconsciente. Un experto en la prueba de T.A.T. podrá comprobar fácilmente cómo las narraciones del probando pueden utilizar asociaciones que el mismo reconoce haber extraído tanto de lecturas, películas, así como de su experiencia personal. En las proyecciones del T.A.T. y Phillipson se implica algo más que la proyección psicoanalítica, principalmente cuando son expresión de un causal autobiográfico.

Por ésta y otras razones parecidas, se han llegado a proponer otras definiciones de "proyección", que, sin escapar de su génesis psicoanalítica, persiguen explicar la utilización de su forma adjetiva en el uso de estas técnicas. Así, el marco referencial ya aparece más limitado y circunscrito a las "técnicas proyectivas".

Las pruebas fundamentales en el concepto proyectivo suponen, todas, una hipótesis proyectiva general, un marco teórico proyectivo: Las manifestaciones y actitudes humanas-la conducta- son reflejo indicativo de su personalidad profunda. Sin embargo esto es decir poco. Lo que caracteriza a una técnica proyectiva, radica fundamentalmente en su falta de estructuración así como "en su eficacia para indicar la configuración psicológica del sujeto a través de sus esfuerzos activos y espontáneos por estructurar el material de la prueba".

Que el concepto de proyección en el que se fundamentan las técnicas proyectivas, no se reduce a la idea psicoanalítica de "mecanismo de defensa" es un hecho probado y resaltado también por Rapaport:

"El concepto de proyección, tal y como lo usamos aquí no debe confundirse con el concepto psicoanalítico de la proyección como mecanismo de defensa utilizado por el yo; tampoco ha de confundirse con la difundida versión de ese concepto que denota cualquier atribución de la propia consciencia, pensamientos o sentimientos, a otra persona. Lejos de ello, hay proyección en estos tests cuando la estructura psicológica del sujeto se torna palpable en sus acciones, reacciones, elecciones, producciones, creaciones, etc."

Teniendo en cuenta lo anterior, los tests proyectivos, en su esencia, persiguen la evocación en el sujeto de aquello que, de diversos modos, es expresión de su mundo personal y del proceso o procesos evolutivos de su personalidad.

La comprensión de las técnicas proyectivas se halla ligada a un sólido conocimiento de los marcos teóricos de la psicología de la personalidad. Si bien es cierto que las técnicas que han llevado a cabo la elaboración de estos instrumentos evaluativos no parten de un tronco teórico común, podemos afirmar la existencia de un denominador común conceptual. Así, siguiendo el esquema de Bell, el primer concepto radica en que la personalidad no es un fenómeno estático sino un proceso dinámico. En este sentido las herramientas destinadas a evaluar la personalidad no se reducirán a constatar la situación de la personalidad en un momento señalado. Deberán reflejar las tendencias dinámicas que en ella bullen así como la evolución de tales tendencias.

estímulos concordantes con la personalidad de quien los siente: el sujeto no solo proyecta lo que es, sino también lo que no quiere ser.

Se puede admitir que este mecanismo proyectivo descrito tal y como es descrito por los psicoanalistas, se puede aplicar en un modelo de prueba como el TAT, de Murray. Pero no deja de estar claro que una gran parte de las actividades proyectivas del ser humano no suponen indefectiblemente un proceso inconsciente. Un experto en la prueba de T.A.T. podrá comprobar fácilmente como las narraciones del probando pueden utilizar asociaciones que el mismo reconoce haber extraído tanto de lecturas, películas, así como de su experiencia personal. En las proyecciones del T.A.T. y Phillipson se implica algo más que la proyección psicoanalítica, principalmente cuando son expresiones de un caudal autobiográfico.

Por esta y otras razones parecidas, se han llegado a proponer otras definiciones de "proyección", que, sin escapar de su génesis psicoanalítica, persiguen explicar la utilización de su forma adjetiva en el uso de estas técnicas. Así, el marco referencial ya aparece más limitado y circunscrito a las "técnicas proyectivas".

Las pruebas fundamentales en el concepto proyectivo suponen, todas, una hipótesis proyectiva general, un marco teórico proyectivo: Las manifestaciones y actitudes humanas-la conducta- son reflejo indicativo de su personalidad profunda. Sin embargo esto es decir poco. Lo que caracteriza a una técnica proyectiva, radica fundamentalmente en su falta de estructuración así como "en su eficacia para indicar la configuración psicológica del sujeto a través de sus esfuerzos activos y espontáneos por estructurar el material de la prueba".

Que el concepto de proyección en el que se fundamentan las técnicas proyectivas, no se reduce a la idea psicoanalítica de "mecanismo de defensa" es un hecho probado y resaltado también por Rapaport:

"El concepto de proyección, tal y como lo usamos aquí no debe confundirse con el concepto psicoanalítico de la proyección como mecanismo de defensa utilizado por el yo; tampoco ha de confundirse con la difundida versión de ese concepto que denota cualquier atribución de la propia consciencia, pensamientos o sentimientos, a otra persona. Lejos de ello, hay proyección en éstos tests cuando la estructura psicológica del sujeto se torna palpable en sus acciones, reacciones, elecciones, producciones, creaciones, etc."

Teniendo en cuenta lo anterior, los tests proyectivos, en su esencia, persiguen la evocación en el sujeto de aquello que, de diversos modos, es expresión de su mundo personal y del proceso o procesos evolutivos de su personalidad.

La comprensión de las técnicas proyectivas se halla ligada a un sólido conocimiento de los marcos teóricos de la psicología de la personalidad. Si bien es cierto que las técnicas que han llevado a cabo la elaboración de estos instrumentos evaluativos no parten de un tronco teórico común, podemos afirmar la existencia de un denominador común conceptual. Así, siguiendo el esquema de Bell, el primer concepto radica en que la personalidad no es un fenómeno estático sino un proceso dinámico. En este sentido las herramientas destinadas a evaluar la personalidad no se reducirán a constatar la situación de la personalidad en un momento señalado. Deberán reflejar las tendencias dinámicas que en ella bullen así como la evolución de tales tendencias.

El segundo concepto, hace referencia a la naturaleza estructural de la personalidad. A diferencia de los clásicos cuestionarios, las técnicas proyectivas no limitan su diagnóstico al conocimiento de factores aislados, sino que investigan la totalidad gestaltica e intencionada del dinamismo armonico del psiquismo.

El tercer concepto de la personalidad se refiere a que su estructura, tanto como la influencia del campo en el cual está operando la personalidad, se releva en la conducta del individuo. "De tal modo -dice Bell- las respuestas observables de un individuo en situaciones específicas están acordes con la personalidad en esa situación, aunque puedan no ser concordantes con otras expresiones de la personalidad en otras situaciones. La coherencia lógica de la conducta no es la misma que la coherencia psicológica".

El cuarto concepto principal sobre la personalidad es que ésta no hace referencia a un fenómeno superficial sino profundo y que en él las manifestaciones superficiales forman un estrato.

Haciendo referencia exclusiva a la prueba de Rorschach, se bosquejarán los puntos de incidencia de esta prueba a la hora de estimular a la personalidad. Para ello se utilizará un esquema de estímulo-reacción, que a tal efecto ya fue utilizado y modificado por E. Bohm.

En este cuadro, el centro de la personalidad, que vendría a resumirse en el cerebro, aparece sacudido tanto por cargas inhibitorias como estimulativas, reaccionando en función de las mismas con movimientos o conatos de movimientos.

La carga llega a través de los influjos endocrinos, utilizando la circulación sanguínea como medio de comunicación. Sería la vía somática de influencia.

Las vías de inhibición, se expresarían a través de los reguladores psíquicos conscientes (Yo) o inconscientes (Super-yo). Serían las vías de influencia psíquica. Por consiguiente, tanto la capacidad de reacción a estímulos internos y externos del sistema nervioso central será el fruto tanto de factores ambientales como de factores psíquicos.

Por otra parte, el centro de la personalidad se halla en una intemperie estimulativa en la que las representaciones, imágenes y percepciones exteriores provocan en aquél determinadas reacciones que se cristalizan, según las circunstancias, en determinadas acciones en mayor o menor grado instintivas. Vemos como, a través de este esquema, aparecen otros diversos caminos que llevan al conocimiento de la personalidad. Las técnicas expresivas grafológicas se situarán dentro del marco de las vías de acción, mientras que el test de Szondi se ubicará al final de las vías instintivas. Ambas vías (acción e instintiva) constituyen un cuerpo de mayor nivel, denominado vías de expresión.

El psicodiagnóstico de Rorschach se halla en la faceta de la impresión, afecta a las vías de la percepción.

Será a través de este acto volitivo-inteligente de querer dar forma a lo percibido como informe, como la psicología, a través de la metodología proyectiva pueda "leer" e interpretar cómo es posible el paso de la percepción hasta la personalidad.

Será, a través del proceso perceptivo de asimilación de lo real como de su contrario, de acomodación a la realidad, tan bien descritos por Piaget, como podremos comprobar y concluir que no existen percepciones puramente objetivas sino tejidas por el

LA ESQUIZOFRENIA SEGUN PORTUONDO INDICES DIAGNOSTICOS.

- (1) Apercepción a W, (D), Dd (poco sentido de lo práctico, obvio, común y evidente. El alto Dd% sugiere la desorganización del pensamiento).
- (2) Presencia de Dr con predominio de formas mal vistas (puntos de vista peculiares y extravagantes. Desorganización conceptual).
- (3) Presencia de DW (confabulación).
- (4) Contaminación (bastante patognomónico).
- (5) Vivencia: Focas o ninguna M (excepto en paranoides y algunos catatónicos agitados) y ninguna FC+ (excepto en paranoides). (Les falta control emocional).
- (6) Tendencia a la coartación, excepto en los brotes agudos y en los casos más deteriorados (si no predominan los impulsos se retiran del mundo real, se coartan y paralizan en sus expresiones afectivas).
- (7) Presencia de nominación de color (por lo regular es índice de mal pronóstico).
- (8) C y C⁺ deteriorativas en los casos crónicos y deteriorados, algo menos en los agudos (bastante patognomónico). (Predominan los impulsos y la vida vegetativa).
- (9) F% bajo, excepto en los paranoides (pobra análisis de la realidad).
- (10) P% bajo (tres P o menos). Se aparta de la norma de su grupo.
- (11) Variedad en la calidad de F (pasan de muy mal nivel a muy buen nivel formal). (posible efecto de la dosificación o del autismo).
- (12) Suficiente número de respuestas originales negativas (0-) o negativas positivas (0+). Vive en su propio mundo absurdo e irreal.
- (13) Por lo regular AX con tendencia a subir (aunque no siempre).
- (14) Presencia de claroscuro (ansiedad y depresión).
- (15) Respuestas de Posición (bastante patognomónico). Indican su pésima orientación interior.
- (16) Autorreferencias (se sienten el centro del mundo, creen que todo se relaciona con ellos).
- (17) Presencia de perseveración.
- (18) Confabulaciones (distorcionan continuamente la realidad).
- (19) Lógica Autista (bastante patognomónico). Consecuencia de su marcado estado autista.
- (20) Poca consciencia de interpretación (no siempre). Escaso sentido de realidad.
- (21) Respuestas bizarras (importante). Son raras y peculiares.
- (22) Tiempos de reacción por lo regular algo rápidos (no siempre).
- (23) Más de 10% de respuestas anatómicas (no siempre). Tensiones sexuales y agresivas.
- (24) Presencia a veces de respuestas simbólicas (simbolismo mágico).
- (25) Respuestas de desintegración (deshecho, destruido) junto con perseveración (halladas por nosotros en los esquizofrénicos persistentes y en los confabuladores). (Presencia de respuestas afectivas de

disociación y desorganización de la personalidad.
(26) Presencia de fusión de fondo y figura (bastante patognomónico, especialmente si están mal vistas). Indica en estos casos un menor sentido de la realidad.

Página - 23

27. A veces Obj.% alto.
- (28) Presencia del síndrome Rorschach del Autismo que consiste en:
1. Pocas D (menos del 50%. No capta lo común, obvio y práctico de la vida cotidiana.
 2. Ninguna FC (excepto en algunos paranoides bien integrados). No es capaz de establecer genuinos ni duraderos lazos afectivos con el prójimo.
 3. Pocas H+ Hd (menos de 20%) vive de espaldas a lo humano.
 4. Tres o menos respuestas populares. Se aparta de la norma de su grupo.
 5. Originalidad predominantemente negativa (0-) o negativa-positiva. Vive en su propio mundo absurdo e irreal.

Todos los ítems que se encuentran entre paréntesis tienen mayor importancia diagnóstica.

RORSCHACH Y PSICOSIS

No se puede hablar de un Rorschach típico de las psicosis, sin embargo autores como Portuondo facilitan índices básicos que pueden servir como criterio para pensar en un proceso psicótico. Estos son:

1. F% menor de 60 (precario análisis de la realidad (esto es básico).
2. Predominio de la originalidad negativa sobre la positiva (vive en un mundo autístico e irreal).
3. Más de una M negativa (tergiversa la realidad con sus patológicas vivencias interiores).
4. La suma de C es mayor que la suma de CF + FC (descontrol afectivo). Es importante en los cuadros agudos.
5. Más de dos C puras que no sean "sangre" en las láminas II y III (impulsividad patológica). También más de una nominación de color (Cn), lo que puede indicar organicidad y/o impulsividad.
6. Respuestas deteriorativas (desorganización y/o deterioro de la personalidad).
7. Respuestas bizarras (raras). Rarezas del carácter.
8. Excesiva confabulación.
9. Pocas D, menos del 50% (se aparta de lo evidente, obvio y práctico).
10. Respuestas de posición (desorganización del esquema corporal).
11. Respuestas de contaminación (típicas de las esquizofrenias).
12. Tres o menos respuestas populares (se apartan de la norma de su grupo). Esto es básico.
13. Excesivas y patológicas autorreferencias.
14. Marcada perseveración.
15. A veces un At% de más de 60 puede sugerir un posible conflicto psicótico (pero no siempre).
16. Un alto Id% unido a más de 55 puede sugerir la desorganización inicial del pensamiento.
17. Hay casos que detrás de un alto número de respuestas sexuales, algunas raras y rebuscadas, se esconde un proceso psicótico (pero tanto siempre).

18. Cualquier incongruencia marcada que se observe en el protocolo.

Todo sujeto que presente la siguiente triada debe considerarse psicótico aunque clínicamente no reúna criterios para ello.

Página - 24

- A) F% menor de 60 (falla el sentido de la realidad desde el punto de vista de la cosa en sí)
- B) Tres o menos respuestas populares (se aparta de la norma sociocultural de su grupo, al extremo de perder el sentido de la realidad social).
- C) Originalidad negativa superior a la positiva (vive en su propio mundo absurdo e irreal, sin capacidad para integrar adecuadamente dentro de él los estímulos externos, expresándose a su vez de forma fantástica e irreal, costándole diferenciar lo externo de sus fantasías internas).

INDICES DE DETERIORO ESQUIZOFRENICO, SEGUN PORTUONDO

- 1. Empeoramiento del F% (mayor pérdida del sentido de la realidad).
- 2. A veces, M- (pensamientos y vivencias absurdos).
- 3. Aumentan los colores y siempre $C + CF > FC$ (impropiedad afectiva, descontrol, descarga por impulsos).
- 4. A veces hay un apagamiento extremo de la vida afectiva y puede aparecer entonces un tipo vivencial coartado (OM:OC).
- 5. C y C' deteriorativas.
- 6. Aumento de las verbalizaciones desviadas, en especial las más graves (autorreferencias, verbalizaciones absurdas, lógica autista, incoherencias).
- 7. En algunos casos puede subir la O- (viven en un mundo distorsionado, absurdo e irreal).
- 8. Por lo regular, dan menos de 20 respuestas (15 de promedio), y su atención al test puede ser a veces deficiente. (hacen una vida cada vez más vegetativa y ausente). (8)

VALIDEZ DE LA PRUEBA DE RORSCHACH

A partir del momento en que esta prueba intervino en los diagnósticos clínico-psiquiátricos, se hizo necesaria su verificación. Se pretendía comprobar que al Rorschach, efectivamente, media lo que se pretendía medir. Así se explica la aparición de las láminas paralelas de H. Behn-Eschenburg (1940) quien trabajó bajo la dirección de Rorschach. Hans Zullinger (1941) y otros, comprobaron que a través de otras láminas paralelas, se puede llegar a los mismos resultados hallados por Rorschach. Hoy, muchos investigadores del Rorschach utilizan así mismo las tablas de Behn y se apoyan en ellas para comprobar la persistencia de determinados rasgos.

Independientemente del sistema de las láminas paralelas, otro método clínico consiste en el diagnóstico a ciegas. Este procedimiento se fundamenta en el hecho de que un protocolo sea interpretado por un psicólogo que no administró la prueba y que, en consecuencia, desconoce al enfermo.

A través de este procedimiento se ha podido comprobar la solidez del test de Rorschach. En cualquier caso, habrá que insistir en que las destrezas del profesional es fundamental.

Algunos psicólogos norteamericanos han estudiado la validez de la prueba a través del método experimental. Fue concretamente Hertz quien aplicó al Rorschach bajo los efectos de las narcosis y otras sustancias farmacológicas barbitúricas, como el amital sódico y el LSD. Asimismo aplicó la prueba después del electroshock, así como después de casos de stress. Esta autora exige estudios diferenciales comparativos en grupos de personas de inteligencia y tipos de personalidad distintos con el objeto de precisar hasta qué nivel pueden detectarse diferencias cualitativas.

Según Hertz el estudio comparativo de observaciones clínicas en los resultados del Rorschach proporciona aclaraciones muy interesantes sobre la validez de la prueba. (1) (9)

METODO DEL TEST.

En general las láminas del Rorschach se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Lámina I: Medio ambiente inmediato- Familiar.
- Lámina II: Culpabilidad Sexual.
- Lámina III: Relaciones Interpersonales.
- Lámina IV: Relaciones con el padre.
- Lámina V: Examen de la realidad.
- Lámina VI: Sexo (relaciones)
- Lámina VII: Relaciones con la madre.
- Lámina VIII: Concepto de uno mismo.
- Lámina IX: Creatividad.
- Lámina X: Medio Ambiente.

REQUISITOS DE APLICACION

- 1.- No es conveniente aplicarlo como entrada del estudio psicológico
- 2.- Debe usarse junto con otras pruebas
- 3.- Tampoco es conveniente aplicarse al final
- 4.- Debe ser aplicado en una sola sesión.

CONSIGNA

"Le voy a enseñar una serie de láminas que son manchas, que no son nada, solo manchas, yo le sugiero que usando la fantasía y la imaginación me diga que es lo que ve, que le sugiera, que podría ser. No hay respuestas buenas ni malas".

APLICACION

Consta de 4 fases:

I.- Durante esta fase el examinador toma nota de todo lo que el sujeto dice, así como toda conducta importante. En el momento en que se entrega la lámina se aprieta el cronómetro y esperando hasta que haga una formulación de la respuesta (que debe ser un concepto propiamente dicho) se anota el tiempo de reacción, se deja correr el cronómetro hasta que el sujeto termina de dar ése o más conceptos, anotándose el tiempo total.

II.- ENCUESTA. Se lee la respuesta al sujeto y se le pide que diga donde la ve, que lo señale. Se explora forma, movimiento y color. Se debe insistir hasta estar seguro de ver o no lo que el sujeto dice ver.

III.- EXAMEN DE LIMITES. Durante esta fase se va a sugerir al sujeto si vio o no las llamadas respuestas populares, que son 10 y que el común de las personas las ven.

IV.- ANALOGIAS. Se le presentan nuevamente las láminas y se le van a hacer sugerencias y preguntas acerca de ésta, según hayan sido sus respuestas.

MATERIAL Y METODO.

Para el estudio se seleccionaron 15 pacientes, 8 hombres y 7 mujeres. Todos se encontraban internados en el cuarto piso del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Los tiempos de internamientos variaban poco de unos días a una semana, por lo que se encontraban en fase aguda de enfermedad y bajo tratamiento con medicamentos tipo Neurolepticos, entre ellos el haloperidol y la perfenazina eran los más frecuentes.

Los pacientes fueron evaluados en piso en base a los criterios diagnosticos del DSMIIIR mediante entrevistas clinicas no estructuradas. Tambien, se obtuvo del expediente clinico datos sobre el tiempo de evolucion, el tiempo de medicamentos, edad de inicio, deterioro laboral, social y familiar, diagnosticos previos y número de internamientos.

Todos los datos fueron vertidos en formas diseñadas para tal efecto en donde se especificaban los sintomas y signos, los cuales eran señalados con un si o un no dependiendo del caso.

Se incluyeron en el estudio solo pacientes que reunian criterios de Esquizofrenia por un lado y tambien pacientes que reunian criterios para el tipo Paranoide. Algunos pacientes además de cumplir con estos requisitos, presentaban sintomas de otro tipo de esquizofrenia como por ejemplo del tipo desorganizado. Se les incluyó y se analizan en los resultados como este último tipo, sin embargo se hace la aclaración que si tenian datos de E. Paranoide.

La evaluación mediante el test de Rorschach se realizo en todos los casos antes del análisis de los datos del expediente y despues de la entrevista clinica, de esta manera, algunos pacientes que reunian por clinica el diagnostico de Esquizofrenia, fueron eliminados de la muestra al encontrar respuestas predominantemente afectivas (como en el caso de la esquizomania) con las laminas del Rorschach y que en internamientos previos, o bien evaluaciones anteriores habian recibido otros diagnósticos como psicosis maniaco-depresiva, crisis parciales de semiología compleja etc.

Los test fueron aplicados por una psicóloga y por mi, siguiendo los lineamientos antes descritos, de manera que la consigna y la prueba fueran iguales para todos los pacientes. Se utilizó un consultorio dentro del pabellón y la hora de aplicación fue generalmente en los momentos en que los pacientes se encuentran habitualmente dentro del mismo, para no interferir con las comidas y con los permisos terapeuticos.

La calificación fue basada en varios autores pero se siguió de manera predominante los lineamientos de Klopfer, por ser este autor el conocido por ambos aplicadores.

Las respuestas se tradujeron en las fórmulas correspondientes y fueron vertidos los resultados en hojas de Psicograma para cada paciente individual. Es decir que sólo se tomó en cuenta la calificación formal de la prueba, esto es, la parte más estructurada y no se realizó ninguna interpretación de los resultados pues esto le podría restar valor a nuestras conclusiones.

Una vez hechos los psicogramas, los resultados se fueron colocando en hojas que contenian los parámetros a investigar, entre

ellos, los datos del paciente, tiempo de evolución y medicamentos etc, los criterios que reunía de acuerdo a Portuondo de psicosis, esquizofrenia y autismo (si un paciente tenía algún dato de éstos se anotaba "si", si no lo reunía se dejaba en blanco. También se anotaron los datos de esquizofrenia de acuerdo al DSMIII y la subclasificación. Al final se anotaron los datos encontrados en cada uno de los pacientes, sin tomar en cuenta ningún criterio diagnóstico o inferencia al respecto.

Se obtuvo la media de cada uno de los parámetros evaluados y se confrontó con el número o porcentaje esperado para ése parámetro, de manera que se pudiera analizar, de manera muy global (y burda) la población estudiada. Los datos se comparan de manera descriptiva con los obtenidos por Rapaport en una muestra más amplia de Esquizofrénicos paranoides. Se dan algunas interpretaciones a las medias observadas.

Posteriormente se obtuvieron los porcentajes de los pacientes que reunían más de 3 criterios de Psicosis según Portuondo, de los 7 que señala en su bibliografía. La razón de ello es que muchos de dichos criterios no fueron encontrados en la muestra de los pacientes estudiados y además, en primer lugar no se señala que sean criterios en el sentido del DSMIII, los cuales tengan ya una validez específica dentro del conjunto de datos aportados por la prueba, sino más bien datos que se pueden o no encontrar en los esquizofrénicos, y el conjunto de ellos es lo que hace sospechar el diagnóstico. Se obtuvo también el porcentaje de pacientes que presentaban más de 6 criterios de Esquizofrenia según Portuondo de los 14 más importantes señalados en su bibliografía. Así mismo se anotan los porcentajes de los pacientes que reunían más de 2 de los 5 criterios de autismo según dicho autor. Los resultados se muestran en una tabla.

Al tener todos los resultados agrupados se realizaron tablas de contingencia para poder evaluar individualmente datos de los pacientes contra los criterios del DSMIII y contra los resultados obtenidos en el Rorschach. De aquí se extrajeron las tablas más interesantes, ya que no es posible analizar toda la gama de resultados encontrados. Se observan algunos datos interesantes, sin embargo la muestra tan pequeña no permite utilizar las pruebas estadísticas no paramétricas como la χ^2 pues se obtuvieron valores pequeños. Se utilizó la corrección de Yates para estas tablas de contingencia y se muestran las p.

RESULTADOS

VARIABLE RORSCHACH.

| | |
|---------------------------------------|------|
| INTRATENSIVOS: | 33% |
| AMBIGUALES: | 46% |
| EXTRATENSIVOS: | 20% |
| FUERZA YOICA ALTA: | 13% |
| FUERZA YOICA PROMEDIO: | 66% |
| FUERZA YOICA BAJA: | 20% |
| NIVEL DE ASPIRACIONES ALTA: | 66% |
| NIVEL DE ASPIRACIONES ADECUADA: | 26% |
| NIVEL DE ASPIRACIONES BAJA: | 6% |
| RELACION CON OBJETOS TOTALES: | 78% |
| RELACION CON OBJETOS PARCIALES: | 7% |
| SENSIBILIDAD AL MEDIO EXTERNO ALTA: | 46% |
| SENSIBILIDAD AL MEDIO EXTERNO NORMAL: | 6% |
| SENSIBILIDAD AL MEDIO EXTERNO BAJO: | 46% |
| CONTROL DE IMPULSOS EXAGERADO: | 50% |
| CONTROL DE IMPULSOS INSUFICIENTE: | 28% |
| CONTROL DE IMPULSOS ADECUADO: | 22% |
| DEMANDA AFECTIVA ALTA: | 0% |
| DEMANDA AFECTIVA NORMAL: | 13% |
| DEMANDA AFECTIVA BAJA: | 86% |
| DETERIORO ASOCIATIVO: | 100% |
| PRUEBA DE REALIDAD CONSERVADA | 13% |
| PRUEBA DE REALIDAD NO CONSERVADA | 86% |

VARIABLE DSMIII

| | | |
|-------------|----------------|-----|
| | IDEAS EXTRANAS | |
| CONTROL: | | 86% |
| DIFUSION: | | 20% |
| IMPOSICION: | | 26% |
| ROBO: | | 40% |

| | | |
|--------------|------------------|------|
| | IDEAS DELIRANTES | |
| SOMATICAS: | | 6% |
| GRANDEZA: | | 6% |
| RELIGIOSAS: | | 26% |
| NIHILISTAS: | | 0% |
| PERSECUCION: | | 100% |
| CELOS: | | 0% |

| | | |
|-------------------------------------|--------------|-----|
| | INCOHERENCIA | |
| PERDIDA DE LA CAPACIDAD ASOCIATIVA: | | 80% |
| PENSAMIENTO ILOGICO: | | 60% |
| POBREZA DEL LENGUAJE: | | 26% |

| | | |
|--------------|-------------|-----|
| | AFECTIVIDAD | |
| EMBOTADA: | | 6% |
| APLANADA: | | 60% |
| INAPROPIADA: | | 40% |

TIPO ESQUIZOFRENIA

| | |
|-----------------|-----|
| PARANOIDE: | 80% |
| DESORGANIZADO: | 13% |
| INDIFERENCIADO: | 6% |

PORCENTAJE OBTENIDO TOMANDO EN CUENTA LOS CRITERIOS DE PORTUONDO

A) PSICOSIS

| | | |
|-------------------------------------|-------|---|
| 1.- F+% < 70 | 86.6% | * |
| 2.- Predominio de U- | 0 % | |
| 3.- < de 3 populares | 53.3% | * |
| 4.- + de 1 M- | 6.6% | |
| 5.- Suma de C > Suma de CF+FC | 53.3% | * |
| 6.- Mas de 2 C puras (salvo sangre) | 6.6% | |
| 7.- Confabulaciones | 80 % | * |

El porcentaje de pacientes que presentó de 3 en adelante criterios de psicosis según el autor fué del 73%.

De estos resultados se puede observar que los criterios que más correlacionan con el diagnóstico de Psicosis son el F+%, El porcentaje de confabulación, La suma de C > CF+FC, y menos de tres respuestas populares.

Estos datos están muy relacionados con la pérdida de la prueba de la realidad, los impulsos no sometidos a las fuerzas de la represión y la naturaleza extraña de las producciones delirantes de los pacientes esquizofrénicos.

Los datos señalados con asterisco significan lo siguiente: 1. Se trata de una característica básica en los protocolos de psicóticos y señala un precario análisis de la realidad. 3. Se refiere a que se aparta de la norma del grupo al que pertenece. 5. Se refiere al descontrol afectivo que se presenta sobre todo en los pacientes psicóticos agudos. Si tomamos en cuenta que los pacientes se encontraban en las primeras fases de tratamiento después de una recaída se podrá considerar a toda la muestra como con cuadro agudo aunque entre ellos hay sujetos con un padecimiento crónico. 7. Se refiere a la distorsión de la realidad, es decir fuerzan a las láminas para que sus significados correspondan a sus fantasías e ideaciones.

B) ESQUIZOFRENIA.

| | | |
|----------------------------------|-------|---|
| 1.- Apercepción W (b) D_d | 13.3% | |
| 2.- Dd aumentada | 20 % | |
| 3.- Respuestas contaminadas | 66.6% | * |
| 4.- C y C' deteriorativas | 6 % | |
| 5.- F% de tres o menos | 53.3% | * |
| 6.- Variedad en la calidad de F. | 80 % | * |
| 7.- Autorreferencias | 26.6% | |
| 8.- Perseveración | 33 % | |
| 9.- Confabulación | 80 % | * |
| 10. Respuestas raras | 26.6% | |
| 11. respuestas simbólicas | 6.6% | |
| 12. Respuestas de desintegración | 46 % | |
| 13. Fusión de Fondo y Figura | 20 % | |

El porcentaje de pacientes que obtuvieron más de 4 de los criterios descritos anteriormente fué del 66%.

Es importante señalar que se debe tomar al protocolo del Rorschach como un todo y en ningun sentido buscar elementos patognomónicos, ya que no es posible determinarlos. Sin embargo si es interesante señalar los 4 factores anotados con un asterisco, pues son los más frecuentes que se encontraron en los pacientes estudiados y tambien parecen ser los más altos para otros autores como Rapaport.

De los criterios marcados con asterisco el punto relacionado a las confabulaciones y el de menor de 3 respuestas populares fueron analizados en el apartado anterior. En cuanto al punto 3 se refiere a la forma en que el paciente hecha a perder la lámina, es decir se aleja de ella para hacer referencia a sus "complejos" como se señaló anteriormente. Según varios autores este signo es casi patognomónico de esquizofrenia. El punto 6 alto señala que pasan de un buen nivel formal a uno muy malo y puede ser resultado de la disociación ó del autismo. Esta relacionado con la pérdida de la realidad.

C) AUTISMO

| | | |
|---------------------|-------|---|
| 1.- < 50% de D | 20 % | |
| 2.- Ninguna FC | 66 % | * |
| 3.- H + Hd < 20% | 26.6% | |
| 4.- < de 3 P | 53.3% | * |
| 5.- Presencia de U- | 0 % | |

El porcentaje de paciente que obtuvo más de 2 de los criterios antes señalados fue del 40 %, lo que indica que cuando se quieren limitar los parametros a una entidad tan especifica como el autismo, ya no se puede ser tan confiable al menos para una muestra como la de este trabajo.

Con respecto a los criterios señalados con asterisco cabe mencionar que el # 2 que los sujetos no son capaces de establecer genuinos ni duraderos lazos afectivos con las demás personas. El # 4 indica a sujetos que por sus condiciones de personalidad o patologia se apartan de la norma del grupo al que pertenecen en la evaluación de la realidad circundante.

PORCENTAJE COMPARADO DE APERCEPCION Y CONTENIDO CON LOS DATOS APORTADOS POR RAPAPORT.

| | ACTUAL | RAPAPORT |
|-----|--------|----------|
| WX | 32% | 30% |
| DX | 55% | 50% |
| DdX | 4.5% | 8% |
| F+X | 58% | 62% |
| FX | 55% | 76% |
| AX | 31% | 51% |
| HX | 25.4% | 14% |
| PX | 19.4% | 28% |

El tipo vivencial encontrado fue: 1.6: 2.7

El tipo vivencial por Rapaport fue: 1.8: 2.2

Cabe señalar que la muestra de Esquizofrenicos paranoides en fase aguda fue de 11.

SIGNIFICACION DE LAS FORMULAS EMPLEADAS.

APERCEPCION

W Mide la capacidad de abstracción e introspección. Se espera un 20 a 30%.

D habla del pensamiento concreto. se espera 45 a 55%

d habla de minuciosidad y suspicacia. Se espera de 5 a 15%

Dd se refiere igualmente a la suspicacia. Se espera menos de 10%

S habla de actitud oposicionista. Alteración de fondo-figura. También se espera menos del 10%.

Los pacientes estudiados mostraron en general un porcentaje dentro de los límites señalados, si consideramos las medias de la población. Sin embargo al analizar cada uno por separado encontramos valores ya sea hacia arriba o hacia abajo, de tal manera que la media no es suficientemente útil para hacer inferencias.

| Apercepción. | \bar{X} |
|--------------|-----------|
| W | 32% |
| D | 55% |
| Dd | 15% |
| S | 4.5% |

El discreto incremento en W se puede interpretar como tendencia al ensimismamiento y al pensamiento abstracto.

TIPO VIVENCIAL (aparato de resonancia interna)

Se califica con las fórmulas:

Suma de M: Suma de C Se espera una relación 1:1

(FM+m):(Fc+c+C) Se espera una relación 1:1

Cuando la proporción se carga a la izquierda se habla del tipo vivencial Intratensivo. Si se carga a la derecha en las dos fórmulas se habla del tipo vivencial Extratensivo. Si se cruzan las cifras se habla de un tipo Ambigüal. Este último tipo representa un desajuste de la experiencia interna y externa y puede ser uno de los datos de psicosis.

Nuevamente se obtuvieron las medias de la población estudiada, los cuales fueron las siguientes.

| Tipo Vivencial | \bar{X} |
|----------------|-----------|
| Suma M:Suma C | 1.6 : 2.7 |
| FM+m:Fc+c+C | 2 : 1.3 |

El tipo Vivencial obtenido así es Ambigüal.

FUERZAS DEL YO

Se refiere a la forma en que el sujeto maneja las necesidades de afecto, seguridad y pertenencia.

Se espera de un 50 a un 70%.

Se expresa con la fórmula $FK + F + Fc \% / R$

La media encontrada para la población estudiada fue: 56%

NIVEL DE ASPIRACIONES

Esto se mide con la fórmula: Suma de W: Suma de M
Donde W representa las aspiraciones y M los recursos para alcanzar dichas aspiraciones.

Se espera una relación de 2:1

La media encontrada en la población de Esquizofrénicos estudiados fué: 5.4: 1.6

RELACION CON OBJETOS

Nos habla de la relación con objetos totales y parciales.

Se espera una relación de 2:1

La fórmula sería: (H+A) = objetos totales

(Ho+Ad) = objetos parciales

La media obtenida en la población fue: 7.8: 2.5

SENSIBILIDAD AL MEDIO EXTERNO

Nos mide hasta que punto el sujeto reacciona ante estímulos provenientes del medio externo. Se espera en un protocolo normal un porcentaje de 30-40%.

La fórmula que codifica esto es: VIII+IX+XX .

La media obtenida en la muestra de esquizofrénicos es: 30.7%.

Se utiliza también la fórmula XX que evalúa la sensibilidad al mundo. En esta se espera de un 10-15%.

Para esta fórmula la media fue: 14.5%.

CONTROL DE IMPULSOS

Para documentar esto se utilizaron las siguientes fórmulas:

a) M:FM De ésta se espera una relación 1:1. Su significado sería la relación entre recursos internos y la vida impulsiva. Se refiere al impulso vital, subordinado al sistema de valores. En un protocolo individual se califica con 3M. Cuando hay pocas M y FM, no existe reconocimiento de la vida impulsiva ni habilidad imaginativa. Habla de debilidad del Yo.

En los pacientes estudiados la media fue: 1.5:1.6

b) M:(FM+fm+m) Se espera una relación: 1:1 Su significación sería la relación entre el recurso interno y la defensa. Expresión de tensión y conflicto por conservar integridad del Yo contra las fuerzas impulsivas.

Los pacientes estudiados obtuvieron una media de 1.5:1 lo que podría indicar una exageración de la defensa, pero dentro de niveles adaptativos.

De ambas fórmulas se extrajo un promedio para cada paciente y se dedujo el control de impulsos en general. Los resultados se anotan en una tabla de contingencia.

DEMANDA AFECTIVA

Las demandas de afecto se evalúan con la siguiente fórmula:

(FK+Fc) : F

Se espera que del lado izquierdo se encuentre de 1/4 a 3/4 de F.

Si se obtiene más de 3/4 las demandas son exageradas. Si son menores de 1/4 hay negación, represión o falta de desarrollo de las necesidades afectivas. No hay demanda de afecto y esto interfiere con la adaptación.

En los pacientes estudiados la Media fue: .7:7.5

Lo que indica un nivel muy bajo de demanda afectiva y podría estar en relación a negación del afecto.

DETERIORO ASOCIATIVO

Este se midió con los porcentajes de respuestas contaminadas y confabuladas que se obtuvieron para cada paciente. Se espera que en un protocolo normal no se encuentre este tipo de respuestas pues indica patología.

Por confabulación se entiende (Rapaport D.) principalmente la sobreelaboración extrema y aun extravagante del contenido de las respuestas, de donde resulta a un aumento de distancia.

La media del porcentaje de confabulaciones en los sujetos estudiados fué de 14.8%.

Contaminaciones: Estas presentan dos formas ó aspectos principales: en ambos, la misma área puede sugerir al sujeto respuestas diferentes, y dichas respuestas pueden fundirse en una sola o bien ser conservadas con identidad independiente. En ambos tipos, el sujeto toma la identidad espacial de dos conceptos separados para indicar la necesidad de una fusión del significado, lo cual refleja una pérdida patológica de la distancia de la lámina. La subsiguiente elaboración de la fusión refleja, habitualmente, un aumento de la distancia de la lámina.

Las contaminaciones manifiestas ó aun la tendencia a las mismas se dan casi exclusivamente en los esquizofrénicos.

La media del Porcentaje de contaminadas en la población estudiada fué de 11.8%.

PRUEBA DE REALIDAD

Para la codificación de este punto se utilizó la fórmula:

F+%

La calidad de las respuestas formales se halla determinada por la medida en que el contenido se muestra congruente con la forma del área escogida. Esta congruencia se establece no sólo mediante la inspección del área en cuestión, sino también por la tendencia de los individuos normales.

Es evidente que el grado de congruencia indica la medida en que la insistencia en el procedimiento lógico formal "encuadra" dentro de la realidad. Denuncia el éxito del "examen de la realidad", la estrictez y eficiencia de la actitud crítica de control frente a las propias producciones. Las respuestas formales impuestas arbitrariamente sobre un área determinada revelan la deficiencia de dicha actitud y, en consecuencia, la presencia de una capa patológica aisladora de la realidad.

Cabe distinguir cuatro niveles formales: las respuestas formales frecuentes entre la generalidad de los sujetos o evidentemente adecuadas y convincentes, se computaron como F+; aquellas adecuadas pero débiles en algún aspecto secundario de su articulación se codificaron como F+; aquellas inadecuadas pero con unos pocos rasgos

admisibles, se clasificaron como F+, y aquellas menos congruentes con el área elegida se codificaron F-.

En un protocolo normal se espera un F+ que oscile de 80 a 90% .

Los sujetos estudiados tuvieron una Media de 58%, lo que indica la naturaleza patológica del examen de la realidad.

El símbolo FX se refiere a la cantidad de F. Indica aproximadamente la medida en que los procesos de razonamiento formal pueden proseguir su curso sin verse interrumpidos o reorientados por la intrusión de afectos, ansiedades o preocupaciones. El FX representa de este modo, el grado de autonomía de los procesos mentales conscientes que se resisten a la intromisión de los factores subconscientes.

Se logra el equilibrio ideal cuando el sujeto dispone de suficiente control lógico y dilación del impulso conducentes a la estimación apropiada de la situación que le ofrece la realidad, sin limitarse indebidamente a la variedad e intensidad de las demás experiencias psicológicas.

En un protocolo normal se espera de un 60 a 70%.

La media de los pacientes estudiados fue de 55%.

TABLAS DE CONTINGENCIA.

A) Variables del Rorschach contra datos de los pacientes.

| | | NIVEL DE ASPIRACIONES | | | |
|--------------------------|--------|-----------------------|-----------|-------|------|
| | | ALTAS | ADECUADAS | BAJAS | TOT. |
| EDAD DE INICIO. | 10-20 | 4 | 3 | 1 | 8 |
| | 20-30 | 5 | 2 | 0 | 7 |
| | TOTAL | 9 | 5 | 1 | 15 |
| SEXO. | MASC. | 5 | 2 | 1 | 8 |
| | FEM. | 5 | 2 | 0 | 7 |
| | TOTAL | 10 | 4 | 1 | 15 |
| TPO. DE ENFERMEDAD. | < 5 A. | 3 | 4 | 0 | 7 |
| | > 5 A. | 7 | 0 | 1 | 8 |
| | TOTAL | 10 | 4 | 1 | 15 |
| TPO. DE MEDICAMENTOS. | 1-10 | 7 | 4 | 0 | 11 |
| | 11-20 | 4 | 0 | 0 | 4 |
| | TOTAL | 11 | 4 | 0 | 15 |
| No. DE INTERNA- MIENTOS. | 1-3 | 8 | 3 | 1 | 12 |
| | 4-6 | 2 | 1 | 0 | 3 |

FUERZA YOICA

| | | ALTA | PROMEDIO | BAJA | TOT. |
|-----------------------------|----------|------|----------|------|------|
| EDAD DE INICIO. | 10-20 | 0 | 6 | 2 | 8 |
| | 20-30 | 2 | 4 | 1 | 7 |
| | TOTAL | 2 | 10 | 3 | 15 |
| SEXO. | MASC. | 1 | 4 | 3 | 8 |
| | FEM. | 1 | 6 | 0 | 7 |
| | TOTAL | 2 | 10 | 3 | 15 |
| TPO. DE ENFERMEDAD. | < 5 A. | 1 | 3 | 2 | 6 |
| | > 5 A. | 2 | 7 | 0 | 9 |
| | TOTAL | 3 | 10 | 2 | 15 |
| TPO. DE MEDICAMENTOS. | 1-10 A. | 1 | 7 | 3 | 11 |
| | 10-20 A. | 1 | 3 | 0 | 4 |
| | TOTAL | 2 | 10 | 3 | 15 |
| No. DE INTER- NAMIENTOS. | 1 - 3 | 2 | 8 | 2 | 12 |
| | 4 - 6 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| | TOTAL | 2 | 10 | 3 | 15 |

SENSIBILIDAD AL MEDIO EXTERNO

| | | ALTA | PROMEDIO | BAJA | TOT. |
|-----------------|-------|------|----------|------|------|
| EDAD DE INICIO. | 10-20 | 4 | 1 | 3 | 8 |
| | 20-30 | 3 | 0 | 4 | 7 |
| | TOTAL | 7 | 1 | 7 | 15 |

| | | | | | |
|-------|-------|---|---|---|----|
| SEXO. | MASC. | 3 | 1 | 4 | 8 |
| | FEM. | 4 | 0 | 3 | 7 |
| | TOTAL | 7 | 1 | 7 | 15 |

| | | | | | |
|---------------------|--------|---|---|---|----|
| TPO. DE ENFERMEDAD. | < 5 A. | 2 | 1 | 2 | 5 |
| | > 5 A. | 5 | 1 | 4 | 10 |
| | TOTAL | 7 | 2 | 6 | 15 |

| | | | | | |
|----------------------|-----------|---|---|---|----|
| TPO. DE MEDICAMENTO. | 1 - 10 A. | 5 | 0 | 6 | 11 |
| | 10- 20 A. | 2 | 1 | 1 | 4 |
| | TOTAL | 7 | 1 | 1 | 15 |

| | | | | | |
|------------------------|-------|---|---|---|----|
| No. DE INTERNAMIENTOS. | 1 - 3 | 4 | 1 | 7 | 12 |
| | 4 - 6 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| | TOTAL | 7 | 1 | 7 | 15 |

DEMANDA AFECTIVA

| | | ALTA | PROMEDIO | BAJA | TOT. |
|-----------------|---------|------|----------|------|------|
| EDAD DE INICIO. | 10 - 20 | 0 | 1 | 7 | 8 |
| | 20 - 30 | 0 | 1 | 6 | 7 |
| | TOTAL | 0 | 2 | 13 | 15 |

| | | | | | |
|------|-------|---|---|----|----|
| SEXO | MASC. | 0 | 2 | 6 | 8 |
| | FEM. | 0 | 0 | 7 | 7 |
| | TOTAL | 0 | 2 | 13 | 15 |

| | | | | | |
|---------------------|--------|---|---|----|----|
| TPO. DE ENFERMEDAD. | < 5 A. | 0 | 0 | 5 | 5 |
| | > 5 A. | 0 | 2 | 8 | 10 |
| | TOTAL | 0 | 2 | 13 | 15 |

| | | | | | |
|---------------------|-----------|---|---|----|----|
| TPO DE MEDICAMENTO. | 1 - 10 A. | 0 | 1 | 10 | 11 |
| | 10- 20 A. | 0 | 1 | 3 | 4 |
| | TOTAL | 0 | 2 | 13 | 15 |

| | | | | | |
|-----------------------|-------|---|---|----|----|
| No. DE INTERNAMIENTO. | 1 - 3 | 0 | 1 | 12 | 13 |
| | 4 - 6 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| | TOTAL | 0 | 2 | 13 | 15 |

TIPO VIVENCIAL

| | | INTRATENSIVO | AMBIGUAL | EXTRATENSIVO | TOT. |
|-----------------|---------|--------------|----------|--------------|------|
| EDAD DE INICIO. | 10 - 20 | 2 | 4 | 2 | 8 |
| | 20 - 30 | 3 | 3 | 1 | 7 |
| | TOTAL | 5 | 7 | 3 | 15 |

| | | | | | |
|-------|-------|---|---|---|----|
| SEXO. | MASC. | 3 | 5 | 0 | 8 |
| | FEM. | 2 | 2 | 3 | 7 |
| | TOTAL | 5 | 7 | 3 | 15 |

| | | | | | |
|---------------------|--------|---|---|---|----|
| TPQ. DE ENFERMEDAD. | < 5 A. | 1 | 3 | 1 | 5 |
| | > 5 A. | 4 | 4 | 2 | 10 |
| | TOTAL | 5 | 7 | 3 | 15 |

| | | | | | |
|----------------------|---------|---|---|---|----|
| TPQ. DE MEDICAMENTO. | 1 - 10 | 4 | 5 | 2 | 11 |
| | 10 - 20 | 1 | 2 | 1 | 4 |
| | TOTAL | 5 | 7 | 3 | 15 |

| | | | | | |
|-----------------------|-------|---|---|---|----|
| No. DE INTERNAMIENTO. | 1 - 3 | 4 | 5 | 3 | 12 |
| | 4 - 6 | 1 | 2 | 0 | 3 |
| | TOTAL | 5 | 7 | 3 | 15 |

CONTROL DE IMPULSOS

| | | ALTO | BAJO | TOT. |
|------------------------|---------|------|------|------|
| EDAD DE INICIO. | 10 - 20 | 4 | 4 | 8 |
| | 20 - 30 | 2 | 2 | 4 |
| SEXO | MASC. | 5 | 2 | 7 |
| | FEM. | 2 | 3 | 5 |
| TPQ. DE ENFERMEDAD. | < 5 A. | 3 | 1 | 4 |
| | > 5 A. | 4 | 4 | 8 |
| TPQ. DE MEDICAMENTOS. | 1 - 10 | 5 | 4 | 9 |
| | 11- 20 | 2 | 1 | 3 |
| No. DE INTERNAMIENTOS. | 1 - 3 | 5 | 4 | 9 |
| | 4 - 6 | 2 | 1 | 3 |

DETERIORO ASOCIATIVO

| | | SI | NO | TOT. |
|----------------------------|---------|----|----|------|
| EDAD DE INICIO. | 10 - 20 | 9 | 0 | 9 |
| | 20 - 30 | 6 | 0 | 15 |
| ----- | | | | |
| SEXO. | MASC. | 8 | 0 | 8 |
| | FEM. | 7 | 0 | 7 |
| ----- | | | | |
| TPO. DE ENFERMEDAD. | < 5 A. | 5 | 0 | 5 |
| | > 5 A. | 10 | 0 | 10 |
| ----- | | | | |
| TPO. DE MEDICAMENTOS. | 1 - 10 | 11 | 0 | 11 |
| | 10- 20 | 4 | 0 | 4 |
| ----- | | | | |
| No. DE INTERNA- MIENTO. | 1 - 3 | 12 | 0 | 12 |
| | 4 - 6 | 3 | 0 | 3 |
| ----- | | | | |

PRUEBA DE REALIDAD

| | | SI | NO | TOT. |
|-----------------|---------|----|----|------|
| EDAD DE INICIO. | 10 - 20 | 1 | 7 | 8 |
| | 20 - 30 | 1 | 6 | 7 |
| | TOTAL | 2 | 13 | 15 |

| | | | | |
|------|-------|---|---|---|
| SEXO | MASC. | 1 | 7 | 8 |
| | FEM. | 1 | 6 | 7 |

| | | | | |
|---------------------|--------|---|----|----|
| TPO. DE ENFERMEDAD. | < 5 A. | 0 | 5 | 5 |
| | > 5 A. | 2 | 8 | 10 |
| | TOTAL | 2 | 13 | 15 |

| | | | | |
|-----------------------|--------|---|----|----|
| TPO. DE MEDICAMENTOS. | 1 - 10 | 2 | 9 | 11 |
| | 10- 20 | 0 | 4 | 4 |
| | TOTAL | 2 | 13 | 15 |

| | | | | |
|-----------------------------|-------|---|----|----|
| No. DE INTER- NAMIENTOS. | 1 - 3 | 1 | 12 | 13 |
| | 4 - 6 | 1 | 1 | 2 |
| | TOTAL | 2 | 13 | 15 |

B) Variables del DSMIII contra datos de los pacientes.

NOTA. No se codifican pacientes en los totales, sino síntomas.

IDEAS EXTRAGAS

| | | CONTROL- | DIFUSION- | ROBO- | IMPOSICION | TOT. |
|------------------------|---------|----------|-----------|-------|------------|------|
| EDAD DE INICIO. | 10 - 20 | 6 | 1 | 4 | 2 | 13 |
| | 20 - 30 | 7 | 2 | 2 | 2 | 13 |
| | TOTAL | 13 | 3 | 6 | 4 | 26 |
| SEXO. | MASC. | 8 | 2 | 5 | 3 | 18 |
| | FEM. | 5 | 1 | 1 | 1 | 8 |
| | TOTAL | 13 | 3 | 6 | 4 | 26 |
| TPO. DE ENFERMEDAD. | < 5 A. | 4 | 1 | 1 | 0 | 6 |
| | > 5 A. | 9 | 2 | 4 | 4 | 20 |
| | TOTAL | 13 | 3 | 5 | 4 | 26 |
| No. DE INTERNAMIENTOS. | 1 - 3 | 11 | 2 | 4 | 2 | 19 |
| | 4 - 6 | 2 | 1 | 1 | 3 | 7 |
| | TOTAL | 13 | 3 | 5 | 5 | 26 |

IDEAS DELIRANTES

SOMATICAS-GRANDEZA-RELIGIOSAS-PERSECUC. -CELOS TOT.

| | | | | | | |
|-----------------|---------|---|---|---|----|----|
| EDAD DE INICIO. | 10 - 20 | 0 | 1 | 4 | 10 | 15 |
| | 20 - 30 | 1 | 0 | 0 | 5 | 6 |

| | | | | | | |
|-------|-------|---|---|---|---|----|
| SEXO. | MASC. | 1 | 1 | 2 | 8 | 12 |
| | FEM. | 0 | 0 | 2 | 7 | 9 |

| | | | | | | |
|---------------------|--------|---|---|---|----|----|
| TPO. DE ENFERMEDAD. | < 5 A. | 1 | 0 | 2 | 5 | 8 |
| | > 5 A. | 0 | 1 | 2 | 10 | 13 |

| | | | | | | |
|-----------------------|--------|---|---|---|----|----|
| TPO. DE MEDICAMENTOS. | 1 - 10 | 1 | 1 | 4 | 15 | 21 |
| | 10- 20 | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 |

| | | | | | | |
|-----------------------------|-------|---|---|---|----|----|
| No. DE INTER- NAMIENTOS. | 1 - 3 | 1 | 1 | 3 | 12 | 17 |
| | 4 - 6 | 0 | 0 | 1 | 3 | 4 |

INCOHERENCIA

| | | PERDIDA CAP. ASOCIATIVA. | PENSAMIENTO ILOGICO. | POBREZA DEL LENGUAJE. | TOT. |
|------------------------------------|----------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|------|
| EDAD DE INICIO. | 10 - 20 | 8 | 6 | 2 | 16 |
| | 20 - 30 | 4 | 3 | 2 | 9 |
| SEXO. | MASC. | 5 | 4 | 2 | 11 |
| | FEM. | 7 | 5 | 2 | 14 |
| TPO. DE ENFER- MEDAD. | < 5 A. | 3 | 4 | 1 | 8 |
| | > 5 A. | 9 | 5 | 3 | 17 |
| TPO. DE MEDICA- MENTOS. | 1 - 10A. | 9 | 6 | 4 | 19 |
| | 11- 20A. | 3 | 3 | 0 | 6 |
| No. DE INTER- NAMIE- TOS. | 1 - 3 | 10 | 7 | 3 | 20 |
| | 4 - 6 | 2 | 2 | 1 | 5 |

AFFECTIVIDAD

| | | EMBOTADA | AFLANADA | INAPROPIADA | TOT. |
|------------------------|---------|----------|----------|-------------|------|
| EDAD DE INICIO. | 10 - 20 | 1 | 4 | 4 | 9 |
| | 20 - 30 | 0 | 4 | 2 | 6 |
| SEXO. | MASC. | 0 | 5 | 2 | 7 |
| | FEM. | 1 | 4 | 4 | 9 |
| TPO. DE ENFERMEDAD | < 5 A. | 1 | 3 | 1 | 5 |
| | > 5 A. | 0 | 5 | 11 | |
| TPO. DE MEDICAMENTOS. | 1 - 10 | 1 | 7 | 4 | 12 |
| | 10- 20 | 0 | 2 | 2 | 4 |
| No. DE INTERVENCIONES. | 1 - 3 | 1 | 7 | 5 | 13 |
| | 4 - 6 | 0 | 2 | 1 | 3 |

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Si observamos los valores en porcentajes que se dan en la página 30, es factible pensar que la mayoría de los pacientes de la muestra presentó un tipo vivencial ambiguo, el cual está relacionado con un desequilibrio vivencial. El número que la sigue corresponde a los pacientes intratensivos. Antes de realizar el estudio se supuso que los pacientes esquizofrénicos paranoides, obtendrían en su mayoría este tipo vivencial, pues se correlaciona con la riqueza en el sentido patológico del mundo interno. Sin embargo no se tomó en cuenta que este aspecto del protocolo al parecer sufre, como lo señala Rorschach, modificaciones de acuerdo a factores como la edad por ejemplo y en este caso por la naturaleza aguda del cuadro esquizofrénico, ya que estaban en las primeras fases del internamiento. Cabe mencionar que se tomó las dos fórmulas del tipo vivencial señaladas, pero que si se tomaba solamente la primer fórmula el porcentaje de intratensivos aumentaba.

Los porcentajes bajo el rubro de fuerza yoica se refieren a la fuerza que utiliza el yo para manifestar las necesidades de dependencia, afecto etc. No quieren decir la fuerza del Yo en el sentido psicoanalítico, sino que tan adaptativo es para manejar esas pulsiones. En los sujetos estudiados se obtuvo que la mayoría se encontraban dentro de los límites señalados como promedio. Se requiere un análisis individual de cada caso para determinar que quiere decir en realidad este rubro.

En cuanto al nivel de aspiraciones se encontró que el porcentaje más alto correspondía a los sujetos que sus recursos internos estaban muy por debajo de sus expectativas. Esto es bastante significativo, pues se trata de pacientes psicóticos, en los cuales su fantasía y ensimismamiento podría traducirse en esta fórmula. Sería interesante correlacionar este porcentaje con el que se encuentra en pacientes maniacos, pues es bien conocida la expansividad que tienen. Así se podría dar un poco más de validez a la fórmula para inferir una parte de la condición esquizofrénica.

La relación con los objetos se dio en general en un porcentaje alto para las relaciones de objeto totales. Aquí nuevamente se esperaría un porcentaje elevado con respecto a los objetos parciales, sin embargo esto se supone de la teoría que menciona que la Esquizofrenia es una regresión a niveles donde no se pueden integrar a los individuos como un todo, sino sólo partes de él. Aquí esa suposición no parece corresponder con la realidad. Nuevamente creo que se tendría que investigar este parámetro comparando con un grupo de pacientes esquizofrénicos hebefrénicos o desorganizados por ejemplo, en donde el deterioro es más importante.

La sensibilidad al medio externo fue patológica en el mayor porcentaje de los pacientes. Sin embargo se distribuyeron de manera equitativa entre la sensibilidad baja y la sensibilidad alta. No se encuentra un patrón predominante en nuestra muestra, sin embargo si es significativo el que en casi todos sea anormal. En las tablas de contingencia se puede observar como se distribuye cuando se compara con los parámetros constantes de cada paciente.

El control de impulsos se infirió a partir de dos fórmulas que no están diseñadas específicamente para ello, pero que si nos dan una

idea de la fuerza que está aplicando el sujeto para contener con la parte más primitiva de su personalidad. En nuestra muestra se observó que el mayor porcentaje correspondió al exagerado control de impulsos y esto sin ser una ley, nos puede hacer reflexionar sobre las fuerzas que se encuentran dentro de los pacientes y la "lucha" que se puede inferir de ello.

La demanda afectiva fue predominantemente baja. Expresa en cierta forma la incapacidad de los sujetos de relacionarse afectivamente de manera adaptativa. También podría señalar una fuerte depresión del afecto, así como inmadurez.

El deterioro asociativo es una condición que se presentó en el 100% de los casos. Esto es prueba de la pérdida de la realidad. Se puede correlacionar con la Incongruencia de acuerdo al DSMIII, y también con las ideas extrañas.

La prueba de realidad se encontró alterada en el 86% de los casos. Esta fue tomada con el valor de F+X menor de 70, sin embargo cuando se toma el valor señalado por diversos autores, fuera de Portuondo, se obtiene una prueba de realidad alterada en 100%.

Con respecto a las variables del DSMIII estudiadas, es evidente que en la muestra los pacientes tienen preponderancia de uno o más criterios diagnósticos, relacionados con esquizofrenia paranoide. Esto es el 100 por ciento de los pacientes presentaron ideas de persecución, el 86 por ciento ideas de control, 80 % pérdida de la capacidad asociativa, el 60 por ciento afectividad aplanada. El propósito de la tesis sería correlacionar estos criterios diagnósticos contra los resultados obtenidos en el Rorschach. Cabe hacer mención que los resultados de éste último son comparables con los reportados por Rapaport, por lo que se podrá decir que para este diagnóstico en particular, cuando reúnen los criterios señalados (más que otros) es factible encontrar un patrón semejante de respuestas.

Esto es interesante porque una enfermedad como la esquizofrenia parece ser una imposición de signos y síntomas sobre el enfermo que la padece, más que un continuum desde la infancia. Si esto es cierto, los hallazgos encontrados por el método proyectivo reflejarían una reacción del individuo ante un proceso desintegrador. Ahora bien es importante hacer mención que las esquizofrenias se pueden subclasificar, de acuerdo a Crow en tres tipos diferentes: a) Esquizofrenia positiva se caracteriza por un ajuste premórbido adecuado, un inicio relativamente agudo, predominancia de síntomas floridos durante la fase activa de la enfermedad. Los síntomas positivos incluyen delirios, alucinaciones, trastorno formal del pensamiento, comportamiento extraño y posiblemente características catatónicas. Muchos de estos síntomas responden bien a neurolepticos y consecuentemente el pronóstico tiende a ser mejor. Se propone un trastorno dopaminérgico dentro del sistema límbico para explicar este tipo de esquizofrenia.

Los pacientes del estudio presente parecen corresponder en un porcentaje alto a este tipo. El otro tipo sería la esquizofrenia negativa. Se caracteriza por ajuste malo premórbido, comienzo desde fases tempranas del desarrollo, insidiosa en su curso, y difícil de delimitar en cuanto al tiempo. Responden pobremente al tratamiento. El mecanismo subyacente parece ser una alteración estructural subyacente e irreversible.

Los pacientes no reunían estos criterios y podrá ser de valor realizar el estudio comparando a estos dos tipos de esquizofrenia.

TABLAS DE CONTINGENCIA

En estas tablas podemos observar que el mayor número de los paciente tenían aspiraciones muy por arriba de los recursos de que disponían, lo que está en relación con la pobre evaluación de la realidad, así como con los delirios que producen un mundo imaginario dilatado dentro del sujeto. Es interesante señalar que estos datos se pueden evaluar junto con el tipo de percepción, el cual en general (tomando la media de la población estudiada) tendió a estar elevada y corresponde con el ensimismamiento y la abstracción. No se puede decir igual del tipo vivencial que se esperaba de antemano como intratensivo. En la muestra obtenida se encontró un tipo vivencial ambigüal, lo que traduce una patología y no nos permite inferir cómo es el individuo en relación con su mundo interno y externo.

La fuerza Yoica, que es la tabla que sigue, nos muestra cómo se encuentra distribuida en la población. Entiéndase fuerza yoica como se explicó antes. Se observa que la mayoría de los pacientes se encuentran dentro de límites promedio. No es significativa la diferencia entre los que presentaron alta y baja fuerza yoica.

En el rubro tiempo de enfermedad se encuentra que la proporción se carga hacia los pacientes que tienen más de 5 años de enfermedad, lo cual es ininteresante pues señala que conforme pasa el tiempo se utilizan mecanismos adaptativos más importantes. Los rubros tiempo de medicamentos y número de internamiento también muestran una proporción de pacientes hacia 1-3 internamientos y de 1 a 10 años de medicamento. No creo que se pueda hacer inferencias de aquí pues la muestra total de pacientes está cargada en general hacia estos puntos.

Con respecto al sexo se aprecia que en las mujeres predomina un patrón promedio de fuerza yoica, mientras que los únicos con fuerza yoica baja de la muestra fueron hombres.

Con respecto a la tabla de Sensibilidad al medio externo vemos que los pacientes se distribuyen de manera homogénea entre sensibilidad alta y sensibilidad baja, así como también con la edad de inicio. No hay diferencias significativas con el sexo.

En el rubro tiempo de enfermedad las alteraciones se desplazaron hacia más de 5 años, sin un patrón específico, ya sea alta o baja.

Los pacientes que han tenido más de tres internamientos presentaron una alta sensibilidad al medio externo.

En la tabla de la Demanda Afectiva se aprecia que los sujetos se distribuyen en su mayoría en el rubro de baja demanda afectiva. No hay diferencia en cuanto al sexo. En general la mayoría de los pacientes con demanda afectiva baja tuvieron más de 5 años de enfermedad y menos de 10 años de usar medicamentos. Así mismo un alto porcentaje de la muestra se encontró en baja demanda afectiva con menos de 3 internamientos. Lo importante de esta tablica radica más bien en señalar que los pacientes tuvieron baja demanda afectiva y que las diferencias cuando se comparan con las variables de edad etc, no son muy significativas.

Con respecto al tipo vivencial se encontró que la mayor parte de los pacientes caen dentro del tipo ambigüal, seguidos por el tipo intratensivo. No se puede establecer si el tipo ambigüal sufrirá modificaciones en un individuo a través del tiempo. Este tipo

vivencial señala por lo regular un desajuste del equilibrio interno. Los sujetos extratensivos fueron todos mujeres .

En la tabla del control de impulsos no se observan diferencias significativas entre los que tienen alto control de impulsos y los que tienen bajo control de impulsos. En esta tabla se excluyeron a los pacientes cuyo control de impulsos era adecuado. Los que tenían más tiempo de enfermedad presentaron más alteraciones en cuanto al control de impulsos, y no fue significativa la diferencia entre alto y bajo. Lo mismo se puede decir de los pacientes que tenían menos de 10 años de uso de medicamentos y menos número de internamientos.

Todos los pacientes mostraron deterioro asociativo. Lo más significativo de la tabla es que los pacientes con más de 5 años de enfermedad, menos de 10 años de uso de medicamentos y menos de tres internamientos, mostraron cifras altas de deterioro asociativo, lo cual corresponde con lo esperado para la Esquizofrenia paranoide.

En cuanto a la prueba de la realidad, la mayoría de los pacientes presentaron alteración de la misma. Aquí se observa que hay más alteración cuando los pacientes tenían más de 5 años de enfermedad, menos de 10 años de uso de medicamentos y menos de tres internamientos. Sólo dos sujetos tuvieron la prueba de realidad conservada de acuerdo al criterio establecido por Portuondo. Estos pacientes se distribuyen de manera homogénea con respecto al sexo: uno comenzó antes de los 20 años y otro después. Ambos tenían más de 5 años de enfermedad y menos de 10 años de tratamiento medicamentoso.

COMENTARIOS Y DISCUSION

Como se puede ver en el estudio, los pacientes Esquizofrenicos dan una amplia gama de respuestas cuando se les es aplicado un método proyectivo como el psicodiagnóstico de Rorschach. Sin embargo si es posible encontrar una serie de parámetros que se correlacionan bien, si no con el diagnóstico específico, si con una condición patológica en donde se encuentra perdida la prueba de la realidad.

Al comparar los resultados con criterios específicos como los que dio un autor mencionado (Portuondo), se encuentra que sólo unos pocos de esos se encuentran en un porcentaje significativo en la población estudiada. Esto quizá sea producto de que el test debe ser evaluado individualmente analizando cada una de sus partes y no utilizado como una serie de signos que dan o no un diagnóstico específico. Como sea no fué la intención de realizar este trabajo la de encontrar parámetros fijos, sino más bien tratar de profundizar de manera global, mediante el test en lo que se considera un mundo particular del paciente esquizofrenico. Es importante señalar que para hacer este tipo de inferencias se necesitaría una muestra mucho más amplia que la que se tiene.

A través del tipo vivencial podemos observar cómo estos pacientes se encuentran con un desajuste en la expresión del movimiento y del color. La doble polaridad en la orientación de las reacciones afectivas entorpece la capacidad de elección y trastorna la armonía psíquica. Esto se correlaciona con el cuadro agudo que presentaban todos los pacientes, en donde las ideas de persecución que están sustentadas en el exterior, se combinan con la producción delirante propia del mundo interno del sujeto. Así, no se contraponen el hecho de que hayan resultado nuestros pacientes como ambiguales, a la idea previa de que el esquizofrenico paranoide debería tener un tipo intratensivo. Lo que sería útil realizar es la misma evaluación, a los mismos pacientes una vez que se encuentran con remisión clínica del cuadro agudo. De esta manera podríamos observar de qué forma se modifica el tipo vivencial, y cuál es el más constante.

Ya se han mencionado algunas consideraciones para cada uno de los parámetros estudiados, y se encontró que nuestros pacientes se podían comparar con el grupo de pacientes estudiados por Rapaport. Aunque no se puede decir que se trate de un mismo tipo de pacientes, pues no se aportan datos sobre cómo se realizó el diagnóstico.

Los puntos más significativos de la muestra tomada se refieren a la pérdida del contacto con la realidad (que por definición es psicosis). Respuestas contaminadas y confabuladas que expresan el proceso asociativo alterado y la necesidad de forzar la "realidad de la lámina" para ajustarla a una concepción interna; Pocas respuestas populares, lo que expresa el alejamiento de estos sujetos de las normas habituales de percepción para una comunidad en particular.

Creo que este trabajo aun no está acabado y requiere ser ampliada la muestra. Podría ser útil comparar con un grupo control de sujetos, por ejemplo maniacos, o bien normales, para darle mayor peso, sin embargo las condiciones metodológicas de este tipo de estudios resulta muy complicado.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- REDUNDO BARBA R. Introducción al Psicodiagnóstico de Hermann Rorschach. 2a Ed. Mensajero Bilbao, España.
- 2.- RORSCHACH H. Psicodiagnostico. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- 3.- MINKOWSKY E. La Esquizofrenia. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- 4.- EY H. Tratado de Psiquiatría. Editorial - Masson. Barcelona.
- 5.- DSMIII Manual Diagnóstico y Estadístico de los transtornos mentales. 3a ed. Editorial Masson.
- 6.- RAFAPORT D. Test de Diagnóstico Psicológico. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- 7.- PORTUONDO JUAN. El Psicodiagnóstico de Rorschach y la Esquizofrenia. Biblioteca Nueva Madrid.
- 8.- KAPLAN H. Comprehensive Textbook of Psychiatry/V. Ed Williams & Wilkins. London.
- 9.- TISCHLER G. Diagnosis and Cassification in Psychiatry. Cambridge University Press. England.
10. BLEULER E. Tratado de Psiquiatría. Espasa Calpe S.A. Madrid.
11. CABALEIRO G. Aportaciones a la Fenomenología Psicopatológica. Editorial Paz Montalvo Madrid.
12. MARCHAIS P. Procesos Psicopatológicos en el adulto La prensa Médica Mexicana. México.
13. SCHNEIDER K. Patopsicología Clínica. 4a ed. Editorial Paz Montalvo.
14. KOLB C. Psiquiatría Clinica Moderna. 9a ed. La prensa Médica Mexicana. México.
15. JUNG C.G. Teoría del Psicoanálisis. Editorial Plaza & Janes. España.