

1966
BAR



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
Colegio de Psicología

ESTUDIO PSICOLÓGICO DEL PERFIL
MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE
MINNESOTA, APLICADO EN ADOLESCENTES.

T E S I S
LUZ MARIA BARREIRO GÜEMES

053.08
AM.19
66
3

México, D. F.

254

1966



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*Estudio Psicológico del Perfil Multifásico de la
Personalidad de Minnesota, aplicado en adolescentes.*

Tesis presentada para obtener el grado de Licenciatura en Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras, Colegio de Psicología.

Luz Marta Barreiro Gilemes.

0254

Z. 5053.08
UNAM. 19
1966
E. 3



FILOSOFIA



A MIS PADRES.

INTRODUCCION.

INTRODUCCION

No es fácil definir el equilibrio psíquico ya que el término psíquico gira alrededor de un eje imaginario, tal vez la inteligencia tal vez la afectividad.

Dentro de la afectividad y el sentimiento tenemos los instintos, aretés e inclinaciones que tienden a imponerse; la inteligencia al contrario - conoce, juzga y hace las selecciones útiles al bien del individuo, la conciencia intelectual modera así la conciencia afectiva.

No podemos separar los ejes de equilibrio, inteligencia y afectividad, ya que su acción es conjunta y ordenada. Durante el desarrollo psicológico vemos como van uniéndose cada vez más. Evolucionando los instintos se convierten en sentimientos sociales, morales e intelectuales, pero nunca es suprimida la afectividad por la inteligencia, o ésta por aquella, sino que la conducta equilibrada viene a ser el resultante de estas dos fuerzas interactuando.

La inteligencia en si misma tiene formas diversas de ejercer que toman el papel de influencias más o menos especializadas, su nivel es variable de un sujeto a otro y aún en el interior de la misma mentalidad. Su igualdad es la que asegura su equilibrio en el psiquismo pero la inteligencia por si misma no logra la realización de la vida ordinaria, ya que el ser también - es afectivo, la vida psíquica en efecto se encuentra empapada de afectividad. La afectividad es el motor de la acción y la inteligencia aclara la meta indispensable para una buena adaptación.

El carácter es el reflejo directo de la adaptación de las tendencias múltiples que lo componen que tienden a realizarse en perjuicio unas de las otras de una manera presionante, pero sin dejar a un lado la parte de la inteligencia que orienta, controla y jerarquiza estas tendencias antagónicas.

Uno puede considerar empíricamente que el equilibrio reposa en un acuerdo adecuado y armonioso de los elementos afectivos dependiendo éste de la organización cerebral.

La afectividad que se refleja en la conducta no es de ninguna manera pura sino siempre está mezclada con la inteligencia.

Algunos sentimientos deben quedar escondidos por su propia naturaleza, un acto no deriva siempre de un móvil idéntico. Así mientras la inteligencia se deja medir, la afectividad permanece más o menos impenetrable y su conocimiento es incierto.

El hombre por naturaleza es polimorfo y tiene una gran capacidad de adaptación a diversos medios, pero la manera de actuar de un grupo tiene un sello individual; es evidente que la conducta difiere en la actuación ordinaria puesto que tiene la particularidad más fuerte del psiquismo, es decir una tendencia un aspecto más acusado que los demás. Estas diferencias particulares se revelan ellas mismas y forman lo esencial de la personalidad.

El carácter se puede apreciar en los demás a través de la conducta con bastante exactitud. Estas particularidades psicológicas que se traducen más o menos en las actitudes del sujeto, permiten caracterizar una serie de tipos psicológicos: así tenemos la manía, el defecto etc.... pero no impondrán la actividad general un dato muy singular alejado de la media, la mentalidad a la cual

pertenece puede llamarse subnormal y a veces se confunde con lo normal, el equilibrio psíquico no se ha roto totalmente.

El exceso de ciertas tendencias se agrava por la insuficiencia de otras, el regulador de estos actos falta enteramente. El comportamiento se marca por la sucesión de irregularidades, tienen en general un carácter especialmente inestable. El individuo está así en las peores condiciones de adaptación y se escapa definitivamente de las reglas ordinarias de la convivencia. La inestabilidad da a su actividad una manifestación anormal, es decir alejada de las formas admitidas en el cuadro social y al mantenimiento del cual — son necesarias.

Tiende a dejar a su propio interés que se confunda con el de todos; al mismo tiempo intenta moderar la irregularidad de sus disposiciones interiores, las perturbaciones de la mente de la cual no es más que el reflejo. Esto muestra el grupo más o menos importante de desequilibrios parciales ligados a los vicios más o menos profundos de la organización cerebral. Es este estado el que constituye el desequilibrio psíquico.

El desequilibrio psíquico no es otra cosa que la expresión de un cierto número de anomalías afectivas. No es pues extraño que saque de su origen una cierta impresión en su definición, su forma, sus límites. Las anomalías son bastante numerosas y variables en cantidad.

El desequilibrio psíquico no es precisamente una enfermedad, representa más bien una falta de firmeza consecutiva a través de una o muchas generaciones, una secuela frecuentemente lejana. Se acompaña de predisposición marcada a los traumas mentales más exactamente es la prueba visible de ellos, aunque -

una base clínica las separa, no podrá separarse radicalmente del conjunto indistinto de verdaderas formas de alienación.

Para comprender la evolución de las ideas que han finalizado en la noción de desequilibrio hace falta estudiar las opiniones pasadas. Tenemos en 1809 - el "Tratado Filosófico de la Alienación" que aunque hoy nos parecería pobre, en su época era una lección de claridad y estilo. Pinel reconoce ya en sus alienados de la Salpêtrière ciertas enfermedades, así como notaba solamente perversiones insintivas e impulsiones; Esquirol aumenta a su maestro, Pinel, estudiando como una lesión aislada de las facultades mentales provoca monomanía o delirio parcial. Esta psicosis consiste en una determinación a cometer actos que son contrarios a la personalidad del sujeto.

La monomanía afectiva es sobre todo una forma atenuada de manía la subexitación, el desorden de los actos, la irritabilidad recriminatoria, la evolución intermitente y frecuentemente periódica lo muestra bastante.

Pinel noto sin embargo la herencia en la manía, Esquirol señala la predisposición hereditaria que se manifiesta por estados exteriores y el carácter moral del individuo.

Consideran también las taras intelectuales y morales entre las causas de la locura y las observan muy frecuentemente en las manías afectivas.

Es la época en la cual los médicos fisiólogos quieren dar nuevas bases a los fenómenos intelectuales y morales; así la locura no sería mas que una ilustración de los fenómenos de irritabilidad. Broussais se interesa por la locura como una bella demostración de irritabilidad nerviosa."

Bureau de Tours añade sus conocimientos sobre la herencia, y por ellos -

quiere establecer un sustrato material común de todos esos fenómenos psíquicos. Los distingue en desequilibrados intelectuales y afectivos lo que corresponde en realidad a más inteligencia en unos y más de perversión en otros. Los desequilibrados intelectuales forman dos grupos: el de la imaginación: los utopistas sistémicos etc. y el del juicio, sosteniendo los juicios más falsos. Los desequilibrados afectivos no son otros más que los llamados locos morales.

El desorden afectivo se asocia frecuentemente con la debilidad intelectual, la imbecilidad, para dar sujetos antisociales, que obran de manera puramente instintiva e irritable, ellos muestran un verdadero placer por el mal.

Lucas estudia la herencia pero opina que cada notificación psicopática tendría sus causas particulares. Se desarrolla a través del tiempo diciendo que las psicopatías van aumentando progresivamente a través de las generaciones. Esta degeneración se desarrolla en cuatro etapas marcadas con una modalidad clínica llegando hasta la imbecilidad, las manías y coloca la locura moral en el tercer grado de la degeneración.

La degeneración se muestra en su problemática desde la hiperemotividad a la ausencia de todo sentido moral, de la idiotez al genio.

La degeneración presenta diversos factores: desproporciones extremas, numerosos defectos marcan su carácter, sentimiento depravado que no son modificables con la cultura y la educación llegando a la delincuencia; generalmente presentan trastornos somáticos que son los estigmas de la degeneración.

Hace falta distinguir el desequilibrio de la psicosis, Magnan hace ver que el delirio no es la entidad nosológica sino hay que buscar debajo del primer plano los verdaderos signos patognómicos. Identifica el desequilibrio con la degeneración, la que Morel identifica como locura hereditaria y lo que Esquirol llama monomanía.

Regis divide en cuatro grupos la degeneración:

- 1.- La desmonta que traduce un efecto de desequilibrio.
- 2.- Los neurasténicos y los impulsivos.
- 3.- Las frenastenias delirantes e instintivas.
- 4.- Las monstruosidades (tienen por tipo la idiotez).

Todos responden a la noción más simple y más verdadera de existencia de psicosis variadas en las herencias.

En esta época el desequilibrio psíquico caracteriza a los individuos - que tienen una conducta mental defectuosa hereditaria o de cualquier causa.

El desequilibrio no depende sólo de la herencia, tiene a su lado las esferas de la actividad mental, sobre todo la moral y el carácter; esta actividad se manifiesta en la infancia y se vuelve difícil, después de la pubertad la adaptación a las condiciones sociales ordinarias.

Los más degenerados, muestran debilidad intelectual y frecuentemente - caen en alcoholismo y la delincuencia. Los otros tienen frecuentemente una - inteligencia activa pero falta de coordinación de la voluntad.

La clasificación de Annaud es más exacta que las anteriores, encuentra - los hechos más cercanos, más seguros de la psicología de los sujetos. El - esfuerzo clínico se acerca cada vez más a la descripción de los equilibrios -

parciales adquiriendo cada uno su autonomía bajo el nombre de constitución psicótica.

El desequilibrio queda bastante vago en su generalidad desarrollándose más, que los traumas mentales que la complican.

Las antiguas clasificaciones han tratado de abrir el campo y han sabido ver lo esencial, y han, en suma, conocido el desequilibrio y han hecho una síntesis artificial de sus disposiciones.

El desequilibrio puede ser el más vil del débil, del inestable o del perverso, pero importa aislar las anomalías en principio independientes unas de las otras de esta manera se puede ver la evolución propia de cada una y su interacción recíproca que determinan la psicología y la conducta.

CAPITULO I.

*El cuestionario como técnica de investigación
de intereses y propósitos y como diagnóstico psi-
cológico de la personalidad.*

*Preparación del cuestionario.- cuestionario psi-
cológico.- validez del cuestionario.- métodos de
calificación.- confiabilidad del cuestionario.*

CAPITULO I

Los test son instrumentos para medir habilidad pero los cuestionarios son el mejor método para el estudio de la conducta. Durante un test el sujeto experimenta diferentes presiones ambientales; el test mismo, el tiempo, etc.. en el cuestionario dado que las preguntas son, o por lo menos deben ser, fáciles asequibles y cortas, y dado que no se toma tiempo el sujeto puede más fácilmente contestarlo y quitarnos situaciones angustiosas; al sujeto le será más difícil contestar falsamente que realmente poner la verdad. En resumen los test nos dicen lo que una persona puede hacer y el cuestionario nos muestra lo que el sujeto ha hecho o lo que hará como persona, como siente y como cree. (Rugg)

Rugg ha dividido los cuestionarios en :

- 1.- Cuestionario relativo a los datos personales del sujeto eji:
cómo se llama?, edad, sexo, etc:
- 2.- Cuestionarios relativos a la historia del sujeto eji: historia escolar, social, etc:
- 3.- Cuestionarios referentes a las relaciones del individuo. eji: gustos, intereses etc:

Las preguntas de los cuestionarios tipos 1 y 2 no tienen mayor problema que la presentación que se le debe dar, su fin es obtener hechos y su valor. El cuestionario de tipo 3, tiene como propósito el estudio del individuo; pero los tres tipos deben estar correlacionados.

Antes de administrar el cuestionario, éste debe ser revisado hasta sus

mltimos detalles para evitar malas interpretaciones a las preguntas, falta de claridad en las respuestas, etc., Se deben usar motivaciones interesantes y atractivas para que la probabilidad de " no contestación " sea mínima.

La presentación del cuestionario es básica para el éxito o el fracaso del cuestionario: el tipo de litografía utilizada; es mejor que este presentada en una sola hoja y no en varias y con los espacios suficientes para contestar.

Preparación del cuestionario.-

1. El número de preguntas debe ser corto.
2. Las preguntas deben ser breves.
3. Las preguntas deben cubrir la información necesaria.
4. Las preguntas deben ser sencillas, asequibles a todas las capacidades.
5. Las preguntas no deben prestarse a ser mal interpretadas o tener varias respuestas, o interpretaciones.
6. Las preguntas deben ser específicas y no generales.
7. Las palabras usadas deben ser del lenguaje común.
8. Si las preguntas llevan consignadas varias respuestas a elegir una, estas deben ser fácilmente localizables. Es aconsejable que la respuesta correcta se subraye, ya que algunas personas creen que la X, significa que está mal, o que esa no es la correcta.
9. Las preguntas no deben sugerir la respuesta: las preguntas en negativo son generalmente sugestivas, así como las que usan artículos

el, la, los, las en vez de uno, una, unos..

10. Deben preguntarse cosas que sean contestables verdídicamente.

El cuestionario psicológico.-

El cuestionario psicológico estudia al individuo concreto por medio de preguntas relativas a sus deseos, creencias, gustos etc..

Podemos dividirla en dos tipos:

- a) Los que necesitan pensar en la respuesta.
- b) Los que solicitan la primera respuesta que se les venga a la mente al oír la pregunta.

Hay un nuevo tipo de cuestionario que sugiere posibles respuestas, por ejemplo los test: falso-verdadero; los test: si-no y los test: si, no y no se decir; los cuestionarios con múltiples respuestas ej: ¿ se lava los dientes diario, una vez a la semana, menos frecuente que en una semana ?.

Tenemos cuestionarios que directamente muestran su propósito y aquellos en que con preguntas indirectas logramos los mismos propósitos; en este último tipo de cuestionario el sujeto nos dá más elementos de juicio que uno directo en donde el sujeto reprime o tergiversa sus respuestas para evitar que se le conozca plenamente; por lo que creemos que en la medición de la conducta sea más provechoso el tipo de cuestionario indirecto.

Validez del cuestionario.-

El cuestionario, ya que es un instrumento, como vimos anteriormente, con tan amplio campo de investigación; debe ser observado y analizado hasta sus más pequeños detalles para evitar sea poco confiable o con poca validez.

Selección de los ítems.

Tenemos que hacer una exhaustiva selección de los ítems. Tenemos para esto varios métodos:

a) analizar profundamente el campo por investigar y elaborar los ítems de acuerdo con este análisis.

b) Este método consiste en seleccionar los ítems tratándoles en grupos de sujetos, basados en las características por investigar.

Hay dos métodos para investigar en la selección de los ítems: El tomar como base otros ítems ya aceptados estandarizados; o el tomar un grupo que reúna las características necesarias para la solución de los ítems, pero este método debe ser probado en otros grupos diferentes.

La veracidad.-

La veracidad con que fué contestado el cuestionario tiene una gran importancia. Hay dos casos en que podemos suponer que la contestación es veraz:

a) cuando el sujeto no sabe la respuesta y la deja en blanco.

b) cuando el sujeto no quiere contestar la respuesta correcta.

Se presentan errores en las respuestas cuando hay poco interés en el cuestionario, y tiende a haber menos, cuando el cuestionario se refiere a los juicios propios del sujeto. Las preguntas deben ser de acuerdo con los conocimientos o normas populares. Los resultados pueden variar según los ambientes y usos comunes sin cambiar por esto su esencia por ej: ¿se levanta usted a las 7.00? Si es época de clases el sujeto contestará sí; si es período de vacaciones el sujeto variará sus respuestas. Cuando las condiciones son iguales las respuestas deben ser iguales.

En los cuestionarios psicológicos, el problema de la veracidad no siempre es un factor perturbador; estos cuestionarios están bajo condiciones estandarizadas.

Cuando el cuestionario lo utilizamos para buscar actitudes del sujeto, el problema de veracidad se nos presenta con cierta dificultad, ya que frecuentemente vemos la tendencia a contestar en forma tal que se obtenga un efecto deseado anteriormente; pero estando el estudiante acostumbrado a resolver exámenes no le sería muy difícil contestar el cuestionario.

Métodos de calificación.-

Tenemos que en algunos cuestionarios basta sumar el puntaje correcto y el incorrecto para obtener así una calificación; y otros cuestionarios en que cada pregunta tiene una significación especial. Otro método es por medio del análisis de los ítems y con esto se elaboran claves o llaves de calificación, que son estandarizadas.

Confiabilidad del cuestionario.-

La confiabilidad en un test es un punto importante ya que, cada sujeto es diferente de otro, pero se ha tratado de estudiar esto por la técnica del test-retest que nos da el coeficiente de validez de la prueba.

En el cuestionario nos es difícil aplicar esta técnica, pero para saber el coeficiente de validez, utilizamos la técnica de Brown - Sperman que consiste en repetir el cuestionario planteando las preguntas en forma diferente, pero teniendo el mismo significado.

La validez de un cuestionario es mayor en un adulto que en un niño:

1. Porque el adulto tiene mayor capacidad de introspección

2. Tiene mas experiencia, está más organizada la mente en el adulto que en e l
niño

3. Puede entender más fácilmente el cuestionario.

CAPITULO II.

El cuestionario como técnica de diagnóstico psico-clínico de la personalidad.

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota como cuestionario individual de diagnóstico psico-clínico de las inclinaciones psíquicas y las pulsiones de la personalidad.

CAPITULO II

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I.).

El fin de este test cuestionario es darnos las fases más importantes de la personalidad.

El test consiste en 550 preguntas que cubren todas las áreas para darnos - una visión total, basándonos en lo siguiente:

- 1. Salud en general 9 items*
- 2. Neurología general 19 items*
- 3. Pares craneales 11 items*
- 4. Motilidad y coordinación 6 items*
- 5. Sensibilidad 5 items*
- 6. Sistemas visomotor, tráfico, del lenguaje y secreción. 10 items*
- 7. Sistema cardiorrespiratorio 5 items*
- 8. Sistema gastrointestinal 11 items*
- 9. Sistema genitourinario 5 items*
- 10. Hábitos 19 items*
- 11; Familia matrimonio 26 items*
- 12. Ocupación 12 items*
- 13 Educación 18 items*
- 14. Actitudes sexuales 16 items*
- 15. Actitudes religiosas 19 items*
- 16. Actitudes políticas, legales y de orden 46 items*
- 17. Actitudes sociales 72 items*
- 18. afecto - depresión 32 items*

19. Afecto manía 24 ítems
20. Estados obsesivo-compulsivos 15 ítems
21. Fantasmas, alucinaciones, ilusiones 31 ítems
22. Fobias 29 ítems
23. Tendencias sádico-masoquistas 7 ítems
24. Moral 33 ítems
25. Ítems relacionados principalmente con masculinidad femineidad

55 ítems.

26. Ítems para indicar si el sujeto trata de situarse improbablemente en la realidad 15 ítems.

La forma más común de este test es la forma individual de tarjeta que el sujeto separa en falso, verdadero, no sé decir. Existe también la forma de cuaderno que se resuelve en hojas de IBM o en Hankees.

Se han desarrollado nueve escalas de investigación: Hipocondría (Hs), depresión (D), histeria (Hy), desviaciones psicópticas (Pd), masculinidad femineidad (Mf), paranoia (Pa), psicastenia (Pt), esquizofrenia (Sc) y manía (Ma).

Las escalas de validez son cuatro:

P el número de ítems que el sujeto separa como "no sé decir"

L La escala de veracidad

K Nos da la actitud del sujeto ante el test: evasiones, franqueza, crítica.

F. Son los ítems frecuentemente no contestados, según el score de estandarización que nos indica una cierta falta de cuidado en la respuesta, o simulación deliberada.

Se han añadido otras escalas como *introversión social*, *intolerancia social* etc... que han venido a aumentar el test.

Los puntajes totales son transformados en el puntaje estandarizado (100 - score).

La prueba M.M.P.I., es uno de los más nuevos métodos de estudio de la personalidad, además trae en la prueba misma, su escala de validez.

La metodología seguida fue el estudiar esta escala en las respuestas de grupos diagnosticados psiquiátricamente, para separar y seleccionar los ítems, solo aquellos que mostraban diferencias con las respuestas de control.

El grupo seleccionado fue el que tenía diagnóstico claro en el Hospital de Minnesota University. El muestreo inicial fue tomado de las respuestas de 700 visitantes del hospital, que nos daban una buena muestra representativa de la población. Este método empírico no implica que los ítems hayan sido seleccionados en una forma empírica, ciega o ingenua. Las 26 áreas estudiadas anteriormente nos dan una base de las que fueron tomadas para la selección de los ítems para cada una de las 9 escalas.

Algunas personas opinan que la validez de la prueba depende de las respuestas del sujeto, pero, el paciente no muestra gran capacidad de insight o de veracidad en sus asociaciones, para que el diagnóstico valga.

La condición necesaria es que las respuestas sean consistentes.

Para analizar e interpretar el perfil, no solo basta ver cuales escalas son las más elevadas, sino, que tenemos que ayudarnos distinguiendo tres aspectos en el perfil:

1. El número de picos observados en el perfil

2. La desviación de la curva descendente, natural o ascendente.

3. La elevación más pronunciada.

Las escalas clínicas tienden a asociarse en dos grupos: la triada H₂, D y H₃ (triada neurótica); y otro grupo incluyendo : Pa, Pt, y Sc, en muchos de los grupos psicóticos y neuróticos. En las características desordenadas, es común que aparezca una elevación de Pt, siguiéndole Pa, Pt y Sc, y un elevamiento en H₂.

La desviación de la curva podemos estimarla notando su relación en la tríada neurótica : Pa, Pt y Sc, si esta última es elevada, la desviación es positiva y si es baja es negativa. En los grupos neuróticos es negativa.

Finalmente la elevación más pronunciada de la curva debe ser tomada muy en cuenta. En las curvas neuróticas la mayor elevación nos da su principal anomalía. En una severa condición Psiconeurótica se sugiere una curva difásica o - curva negativa y una pronunciada elevación en una condición neurótica moderada dando una curva difásica negativa y elevaciones reducidas, una condición psicótica dará una curva difásica neutra y con elevaciones moderadas.

En general la curva psicótica mostrará menos elevaciones pronunciadas que aquellas de severa neurosis, y pacientes con marcada tensión o angustia.

(Como que hay diferentes curvas.

Todos los perfiles deben ir revisados uno a uno. De los valores Límites logrados restando el score en curso de K del score máximo de F. Con este Índice tenemos entre 4 y 7 el límite; de 7 a 11 dudoso; y de 2 en adelante, nos sugiere que hubo simulación, es cuando el score de L se eleva a más de 70 en la gráfica.

CAPITULO III.

Las escalas básicas de la personalidad.

Hipocondría.- Depresión.- Histeria.- Psicopatas.- Paranoia.- Psicostenia.- Esquizofrenia Manía.

CAPITULO III

Las escalas básicas de la personalidad.

Las escalas que estudian el M. M. P. I. están basadas sobre casos clínicos clasificados de acuerdo a la nomenclatura psiquiátrica convencional.

Hipocondría.- (Hs)

Las ideas hipocondriacas provocan la subestimación patológica del estado de salud física y mental del enfermo, acapara toda la vida psíquica = del paciente.

La corriente constante de sensaciones que afluye al sistema nervioso central forma una especie de fondo sobre el cual se destacan las percepciones especiales y sirve para localizarlas como sobre una cuadrícula; ésta es posiblemente, la base física del esquema corporal.

En los estados hipocondriacos, estas sensaciones llegan más intensamente a la tensión consciente, puede ser la causa de malestar y pueden llegar a perturbar la actividad normal, convirtiéndose en síntomas de enfermedad.

Desde el punto de vista fisiológico podemos considerar la preocupación hipocondriaca respecto a un órgano o función particular como un trastorno de la imagen corporal. Esta imagen es deformada y la parte que constituye la fuente de las imágenes desagradables ocupa un sector creciente y desproporcionado de la conciencia.

Existe una base constitucional para la hipocondría. Esta asociada con ciertos rasgos de personalidad y no es raro que se encuentren familias con muchos rasgos hipocondriacos.

No obstante predominan las causas ambientales entre los factores físicos predisponentes se encuentra la edad.

La enfermedad física, que concentra la atención de una parte del cuerpo, llevará a la aparición de molestias imaginarias en esta parte. La concentración mental puede dirigirse al cuerpo en general, es bien conocida la hipocondría en los atletas y en los estudiantes de medicina.

Todo psiquiatra ha encontrado pacientes en los cuales los síntomas hipocondríacos ocupaban todo el primer plano del cuadro clínico sin ninguna otra afección, pero tales enfermos no son comunes y es mucho más corriente que la hipocondría vaya acompañada por síntomas de otras clases, ordinariamente de naturaleza obsesiva, histérica, ansiosa o depresiva.

Debido a la inflexibilidad de sus procesos mentales, estos pacientes, una vez que su atención ha sido dirigida hacia una parte del cuerpo, no se alivian fácilmente porque se les anuncie que no hay nada orgánicamente enfermo. La seguridad que se les da se ve contrarrestada por dudas, que son a menudo, de carácter compulsivo. Las preocupaciones ansiosas de las lucubraciones del obsesivo, contrastan con la firme convicción del hipocondríaco dependen de que se haga un diagnóstico etiológico adecuado. Para llegar a este se requiere frecuentemente un proceso de exclusión. El examen físico es necesario generalmente para eliminar toda base local orgánica del síntoma que molesta al paciente, aunque los términos en que éste lo describe nos indicaran con frecuencia que la condición es probablemente psicológica, luego será necesaria una historia clínica psiquiátrica completa y un examen psiquiátrico detallado.

ya que los síntomas que habrán de resultar críticos para el diagnóstico - pueden estar desfigurados por las precepciones físicas dominantes y no ser fáciles de descubrir.

Depresión. - (D)

Las fluctuaciones en el humor, ya en la dirección de la excitación, el entusiasmo y la euforia, o al contrario, en la dirección de la depresión, la tristeza y el decaimiento, son una ocurrencia cotidiana para cualquier hombre normal. La extensión, la duración y la dirección del cambio, dependen tanto de las circunstancias que lo han provocado como de la constitución del individuo. Los cambios normales en la dirección ascendente, sin embargo, rara vez alcanzan un grado tal que hagan necesario la atención de un médico, y carecen de importancia clínica. Basta recordar que ocurren y que su significación en la historia pasada del enfermo pueden ser considerables.

Las fluctuaciones en la dirección depresiva, por el contrario, pueden fácilmente alcanzar una importancia tal que el sujeto se ve incapacitado y tiene que pedir ayuda al médico. Dado que muchas veces llegan a una profundidad que puede llevar al suicidio, puede ser necesario un tratamiento psiquiátrico especializado.

Un cambio de humor depresivo tan severo como este puede ser provocado ya por una circunstancia excepcional en un individuo de una constitución estadísticamente normal, o por acontecimientos nerviosos desusados, en los que son naturalmente propensos a la inestabilidad del humor. Es, quizás, lo sorprendente que muchos individuos normales puedan pasar por sucesos del

del tipo más trágico sin llegar nunca a un estado depresivo que los dejencapitados o les arrastre al suicidio. Sin embargo, las tragedias personales son algo común en este mundo, y los psiquiatras ven de tiempo en tiempo severas depresiones reactivas *cupis causis* efectivas pueden ser consideradas en conjunto como de naturaleza ambiental. Por regla general, tales estados se deben a un cambio crítico súbito: la muerte, la pérdida de un *colocación*, la ruptura de una relación amorosa, etc. y en cambio son mucho menos frecuentes que sean precipitados por la acumulación gradual de desgracias y desastres.

En el estado depresivo, la regulación bioquímica del organismo está alterada. Ordinariamente existe alguna elevación de la presión sanguínea, pero el ritmo del corazón es generalmente más lento, así como todos los movimientos gástricos e intestinales, existe, subjetivamente falta de apetito y constipación. Es poco común la presencia de un grado narrado de retardo psicomotor, y cuando existe es considerado ordinariamente como signo de una depresión del tipo endógeno. Sin embargo en un cierto grado, es común en los estados reactivos, siempre que la depresión sea lo suficientemente profunda. La piel pierde su color y puede reducirse algo la circulación de las extremidades, así como la actividad glandular.

La causa inmediata más común de una reacción depresiva es un incidente, un pesar, una pérdida, o un desengaño, que produzca un decaimiento de humor incluso en el individuo más normal. Para originar una afección psicológica, o bien el incidente debe ser de una naturaleza desusadamente grave, o el individuo a quien le ocurre excesivamente susceptible, o su susceptibilidad se ha visto aumentada por alguna otra causa, como por ejen-

plo, una enfermedad física reciente. No es rara que la g^{ota} final sea precisamente una enfermedad, particularmente, las enfermedades infecciosas. La gripe provoca muy comúnmente, en la convalecencia, un estado depresivo muy severo; en otros casos, el incidente precipitador se ha presentado como término de una larga serie de desengaños y frustraciones.

Las reacciones depresivas muestran, por regla general, sólo un grado más serio de las alteraciones que se observan en el hombre normal cuando se halla temporalmente decaído. Las señales de cambios fisiológicos — groseros. agitación, ideas delirantes, despersonalización, faltan casi siempre. Incluso la autoacusación es sólo ligera, aunque la evaluación de sí mismo se encuentra perturbada. Se mantiene un buen contacto con la realidad. La característica más notable, es el cambio de humor mismo. El enfermo se siente infeliz, incapaz de atender a sus asuntos cotidianos o de encarar el futuro, que le parece obscuro y tenebroso. Son síntomas frecuentes la falta de energía, la dificultad de concentrarse, la fatiga excesiva y otros síntomas de carácter neurasténico.

El enfermo ve pasar por su cabeza un círculo sin fin de pensamientos desagradables y encuentra difícil salir de sus preocupaciones sin ayuda.

No bien cesa temporarily de contemplar su estado melancólico y — aplica su mente a las realidades, se produce inmediatamente un reavivamiento en dirección de una mayor normalidad. Un carácter de estos estados, que tiene un valor diagnóstico, es que los pacientes pueden ser distraídos de sus preocupaciones y, en compañía alegre o en cualquier sitio de diversión, vuelven momentáneamente a ser ellos mismos.

El paciente conserva su capacidad de respuesta, y al dirigir su mente aunque sea solo por momentos a un asunto alegre o gracioso, su humor puede ser aligerado. Su depresión está relacionada del modo más estricto y lógico, con sus causas psicogénicas y puede explicar exactamente, que es lo que le pone triste y el porqué.

Histeria .- (H_y)

Si consideramos la gran enjambre de fenómenos que tenemos que llamar histericos, la cualidad que se nos presenta como el rasgo único y constante en todos los casos es la disociación, la tendencia al derrumbe de la integración nerviosa central (Janet). Esto puede verse en forma inconfundible, en las parálisis hísticas, las anestecias, los estados crepusculares, las pérdidas de memoria, pero es también visible en la "indiferencia" que permite al hístico sufrir dolores honorosos sin las consecuencias emocionales normales. La cualidad de carencia de autenticidad, la dramatización y la exageración características de tantos casos hísticos, aún de aquellos que, como las cefálicas, o los desórdenes de las funciones viscerales, a primera vista no tiene un aspecto hístico, dependen de la capacidad del enfermo para disociarse de sus propios síntomas, de mirarlos como si apenas fueran parte de sí mismo. A esto se debe que el hístico pueda enfrentarse al médico con sus propios síntomas y descargar en él toda la responsabilidad de su curación.

Los síntomas hísticos son comunes en los dos extremos de la vida — antes de la organización del sistema nervioso central, y después que ha empezado a declinar.

Los síntomas histéricos se ven con bastante frecuencia en cultivo casi puro, pero con más frecuencia todavía mezclados con síntomas de otro tipo. Es probable que cualquier enfermedad o estado neurótico que surja en una persona de temperamento histérico tome un colorido histérico. En efecto, síntomas que en sí mismos son de otra clase pueden ser exagerados o dramatizados por el enfermo o repetidos con una actitud de complacencia. Este efecto es completamente independiente de la naturaleza del desorden primario.

Las enfermedades orgánicas son muy comúnmente, una base sobre la que florece en los síntomas histéricos, y esto puede suceder de dos maneras. - Las lesiones orgánicas del cerebro especialmente de los lóbulos frontales pueden crear o aumentar una disposición natural a las manifestaciones histéricas. Se presentan síntomas histéricos (aunque no muy comúnmente, según Pratt), en los casos avanzados de esclerosis múltiple, cuando se han formado placas en el cerebro y en la médula espinal, y en la arteriosclerosis cerebral. Pueden ocurrir, también, en los tumores cerebrales, en la P.G.P., en la sífilis meningó vascular, y como características transitorias, en las encefalopatías agudas. No son muy raras en la epilepsia ideo-pática precoz. En cambio son raras en la encefalitis crónica y en las lesiones limitadas a los lóbulos parieto temporal u occipital y en el hipotálamo y en otras partes del cerebro. Los síntomas histéricos son frecuentes en algunos tipos de defecto mental, y en las personas de inteligencia obtusa y los retrasados parecen más propensos a la histeria que el individuo superior o el medio. El histerismo secundario de una lesión or-

gónica tiene una gran importancia clínica, cuando no puede demostrarse claramente la lesión misma que forma su base. Este es un caso frecuente después de los traumatismos cerebrales. La aparición de síntomas histéricos en una persona de temperamento no histérico durante la convalecencia de una conmoción cerebral severa, puede algunas veces ser un signo de que se ha producido alguna lesión material en el cerebro.

Las psicosis endógenas pueden también ser la base para la aparición de fenómenos histéricos. No es infrecuente ver esto en las melancolías involucionales y algunas veces también en la esquizofrenia y en los estados maníacos depresivos de la circlotimia. Los síntomas histéricos son, por regla general, transitorios y fácilmente diferenciables de los que corresponden a la enfermedad primaria.

Los síntomas histéricos son muy frecuentes en las reacciones neuróticas a las curles estartamos tentados a dar un nombre distinto. Los síntomas de ansiedad, especialmente, se ven acompañados de síntomas histéricos. Hasta cierto punto existe una relación recíproca entre estas dos reacciones. El caso que empieza en forma aguda como derrumbe nervioso bajo un exceso de tensión, y en el cual los síntomas de ansiedad representan el papel principal, puede, en el curso del tiempo adquirir cada vez más un carácter histérico, al mismo tiempo que retrocede la ansiedad manifiesta.

También el histérico cuyos síntomas de conversión son suministrados por la terapéutica subjetiva puede recaer en un estado de ansiedad que antes no había presentado.

Los factores genéticos representan un importante papel cuando se tra-

ta de determinar la predisposición a la histeria.

Todos los psiquiatras Únicos están de acuerdo en que existe una relación estrecha entre los síntomas histéricos y la estructura correspondiente de la personalidad, pero esta relación no es obligada y puede darse en diversos grados.

Los rasgos de la personalidad que encontramos asociados con los síntomas histéricos pueden encuadrarse de un modo amplio en la denominación de inmadurez afectiva e inestabilidad afectiva. En un niño normal encontramos un resumen de casi todo lo que podemos hallar en un histérico adulto, así como la conducta del adulto nos recuerda constantemente al niño. Es posible que la etiología fundamental de la disposición histérica deba buscarse en una inmadurez de la organización central nerviosa. Lo mismo que el niño, el histérico reacciona vivamente y apropiadamente a los estímulos pero de una manera superficial y con una cualidad poco persistente.

En las afecciones, el histérico es "posesivo" solo admite como real el amor de otras personas si estas son capaces de cualquier sacrificio que exijan sus caprichos. Valía todas las cosas en superlativo y la moderación es imposible para él. Al describir su propia enfermedad emplea una fraseología muy característica : Sus dolores de cabeza son "terribles"; sus parientes se portan "abominables".

Su profunda frialdad, unida a su exitabilidad superficial, priva al histérico de la capacidad de distinguir entre lo auténtico y lo que es pura ficción. Se engaña a sí mismo y es fácilmente engañado por los demás. Le gusta el lenguaje florido y elevado, las obras de arte llamativas, las

las nuevas religiones, la decoración sorprendente, todo lo que puede producirle un efecto inmediato. Carece de importancia para él el hecho de que no tengan permanencia ni profundidad.

La incapacidad para penetrar en sí mismo o en los demás está en la raíz de la personalidad histérica. Los intentos de someterles a una psicoterapia capaz de desarrollar en el enfermo la comprensión, y el discernimiento, encuentran generalmente una resistencia activa o una absoluta ceguera psicológica.

La actitud relativista del histérico respecto a la verdad y su falta de necesidad de veracidad le lleva con frecuencia a conflictos con la sociedad. Su capacidad para la autosugestión, que les permite llegar a creer en sus propias mentiras y fantasmas y vivir plenamente la situación que han creado por sí mismos. Se los encuentra en las ocupaciones en que resulta útil la capacidad de fingimiento, en los demagogos, en los predicadores, en los actores de cine etc.. En ocupaciones como estas el histérico puede alcanzar un éxito resonante pero no hay situación vital capaz de cobrar todas las exigencias que plantea el histérico, y menos que todas, la suya propia.

El mejor resumen que podemos hacer de lo dicho anteriormente es citar a Jaspers: "Encontramos una y otra vez la misma característica: en lugar de contentarse con sus dotes y posibilidades tal como son, el histérico tiene necesidad de aparentar más de lo que es y de experimentar más de lo que es capaz de experimentar. En lugar de la experiencia mental directa y genuina, con su modo natural de expresión, sus sentimientos son artificiales, representados, afectados. Pero no se trata de una simulación deliberada; gracias

a su don histérico característico, vive enteramente en su representación teatral, es inmediatamente absorbido por ella y esto hace que parezca genuina. La personalidad histérica no tiene núcleo, sino consiste únicamente en una serie de máscaras siempre cambiantes.... Para convencerse a si mismo de su propia importancia, el histérico necesita representar un papel haciéndose siempre interesante, incluso a costa de su honor y su buen nombre, y se siente realmente infeliz sino lo toman en cuenta, aunque sea por el momento, puesto que entonces, de repente, se da cuenta de su propia vaciedad".

En el histérico la interacción de la personalidad y la situación es tan íntima, su adaptabilidad está tan altamente desarrollada y las manifestaciones de los rasgos histéricos de la personalidad son tan multicolores, que es imposible describir las reacciones histéricas de una manera tan simple como puede describirse una reacción de ansiedad. Con todo, es probable que la desviación de la normalidad que está en la base de toda conducta histérica sea de una especie simple y consiste en una mayor tendencia a la disociación que puede tener lugar a cualquier nivel, entre estructuras opuestas de la conducta, entre motivos irreconciliables entre pensamiento y emoción.

Hay poco de específico en las causas precipitantes de las afecciones histéricas. El derrumbe súbito de una personalidad previamente normal puede ocurrir bajo casi cualquier tipo de tensión emocional inusual súbitamente. Por regla general estos episodios agudos tienen que ser precedidos por un período previo de tensión emocional creciente. En la mayoría de los pacientes histéricos esta fase puede evidenciarse claramente

Las manifestaciones mentales surgen en una forma u otra, una perturbación de la conciencia, que puede ser de diferentes niveles. La forma más superficial y una de las que más atraído la atención por la forma grandiosa que toman sus síntomas es la doble y múltiple personalidad.

Psicopatas.- (Pd)

En la mayoría de los casos se trata de una predisposición congénita y constitucional a los trastornos del carácter definitivamente los factores traumáticos e infecciosos.

En la mayoría de los casos la capacidad intelectual queda intacta, lo esencial radica en los trastornos del sector instintivo afectivo quedando fuera del control de la voluntad.

Se nota la versatilidad de humor, falta de dominio y de perseverancia, utilización de los recursos más variados para procurarse dinero y placer.

Puede haber mucha variedad dentro del carácter psicopático así tenemos: el hereditario, el tóxico debido al abuso de drogas, etc.

Dado que la personalidad puede variar de tan diferentes maneras, no es conveniente considerar la personalidad psicopática como un síndrome clínico, sino que este término debe ser usado, en cambio, como una clasificación etiológica no descriptiva. No existe un método técnicamente satisfactorio de distinguir entre las llamadas personalidades psicopáticas y las neuróticas. Los síntomas neuróticos y la conducta psicopática pueden, igualmente, ser consideradas como reacciones determinadas por una parte, por la predisposición constitucional y por otra, por dificultades del ambiente.

Paranoia.- (Pa)

Las reacciones paranoides se basan en el mecanismo de proyección que parece ser un modo universal de pensamiento.

Solo cuando la tendencia a la proyección persiste, se convierte en habitual y llega a influir sobre la vida y la conducta del sujeto, solo entonces puede hablarse de reacción morbosa que necesita la intervención del médico.

La semejanza de la reacción paranoide con estas "creencias" normales, ha atraído siempre la atención psiquiátrica. En realidad, no hay manera de discriminar entre las dos de una manera puramente descriptiva, sino basándose en la naturaleza egocéntrica de la reacción paranoide.

Las características distintivas de la reacción paranoide son su lógica y coherencia interna y su desarrollo sistemático en una marcha, cada uno de cuyos pasos puede ser perfectamente comprendido desde el punto de vista de la psicología normal.

Se conoce muy poco sobre las bases fisiológicas que las reacciones paranoides provocan.

Las reacciones paranoides son comunes cuando una personalidad se encuentra afectada por un trastorno agudo de una función. Las ideas que ocurren en estas circunstancias pueden ser comprendidas a menudo, como un intento del enfermo para interpretar sus alucinaciones o para encontrar una causa en el ambiente que explique sus incapacidades. No obstante, no se hallan siempre presentes en estos estados y raramente forman una parte esencial del cuadro clínico.

Mientras que la personalidad paranoide se desarrolla comúnmente por grados infinitesimales durante el curso de los años, a menudo sin ninguna indicación de precipitación ambiental, la aparición de un síndrome paranoide es más frecuentemente precipitado por alguna tensión súbita. Esta puede tomar la forma de un enfermedad física de cualquier clase. En las salas de los hospitales generales es común ver reacciones paranoides agudas, pero generalmente leves y de poca duración, que tienen lugar después de trastornos relativamente pequeños, por ejemplo, después de una operación aseptica sobre la rodilla. Las enfermedades que van acompañadas de cierto grado de toxemia o de agotamiento son particularmente propensas a producir tales reacciones.

Los precipitantes psicogénicos son también importantes. Son generalmente de un carácter tal que representan un asalto a la autoestima del paciente. Se demora un ascenso, o lo obtiene otra persona; se rompe inesperadamente un compromiso matrimonial; se pierde un pleito, en una palabra: cualquier contra tiempo puede actuar como desencadenante. Si existe poca predisposición, se requiere la acción de un roxa importante; si la predisposición es grande, entonces casi cualquier circunstancia imaginable puede tomarse en motivo de sospecha para el enfermo.

Las reacciones paranoides suelen presentarse en personas de disposición emocional sensible o susceptible, y con un orgullo contrastorio y falta de confianza en si mismos. Son a menudo personas emocionalmente inmaduras y se encuentran con frecuencia en los niños de la adolescencia o al comienzo de la edad adulta. El proceso se inicia a menudo por un hábito o alguna circunstancia asociada con sentimientos de vergüenza que el paciente quisiera mantener ocultos.

ta.

El sentimiento de persecución domina toda la personalidad del sujeto y forma la trama de su existencia aún en los momentos de euforia. Se caracteriza — por el orgullo, el egocentrismo, el espíritu de dominación, la receptibilidad — exagerada.

Las formas más conocidas son : el delirio de celos celos apasionados — que hostilizan al sujeto, constituyendo esto un real peligro.

El delirio erótico apasionado, va de la fase de esperanza al desprecio generalmente hacia un personaje conocido.

El delirio de persecución, en el que el sujeto se cree perseguido en el orden físico, material o social.

El delirio reivindicatorio, el enfermo se considera víctima de una injusticia por la cual quiere reñarse a cualquier precio, lo que se ha llamado perseguido - perseguidor.

El delirio de idealista apasionado, los reformadores sociales, religiosos, los anarquistas, falsos inventores, etc...

Psicosis - (Pt)

Es psicosis caracterizada por la existencia de una idea obsesiva acompañada de angustia, es una especie de incomodidad permanente.

Del mismo modo que el hombre normal no tiene conciencia del funcionamiento de sus órganos, ni de su vida neurovegetativa, en el orden psíquico el sujeto psicógeno ajusta sus perversiones, sus sentimientos y sus representaciones a las circunstancias de una manera automática sin pensar en el significado de la realidad de las diversas funciones mentales.

Le falta armonía, paz interior, y que no deja de pensar en las funciones de su psiquismo y de ser un espectador intruso e indeseable en su propio pensamiento;

Sobre este fondo van a desarrollarse los síntomas paroxísticos, las ideas obsesivas y las fobias.

Esquizofrenia .- (Sc).

El término esquizofrenia se emplea para designar un grupo de afecciones mentales caracterizadas por síntomas psicológicos específicos y que provocan en la mayoría de los casos, una desorganización de la personalidad del enfermo. Estos síntomas perturban el razonamiento del enfermo, las emociones, la conciencia y el comportamiento motor, perturbaciones que en cada caso presenta un aspecto característico. La desorganización de la personalidad tiene frecuentemente como resultado el invalidismo crónico y la hospitalización por toda la vida, a pesar de ausencia de signos físicos graves.

Tres grupos de rasgos, análogos a los tres grupos de rasgos cicloides de Kretschmer, caracterizan la personalidad esquizoide:

1. Asozial, quieto, reticente, serio, excéntrico
2. Tímido, vergonzoso, delicado, hipersensitivo, exitable, enamorado de la naturaleza y de los libros.
3. De buen comportamiento, consecuente, obtuso, estúpido, dócil y de buen corazón.

El esquizoide no es ni hipersensible, ni obtuso, ni persistente ni dócil sino que es las dos cosas al mismo tiempo y manifiesta las características con trampas en diferentes situaciones de su vida.

La idea de identificar los síntomas de una psicosis que conduce a una deterioración de la personalidad con ciertas características superficialmente similares en el enfermo antes de su enfermedad o en sus parientes, no ha sido aceptada como válida fuera de la propia escuela de Kretschmer.

En cambio, la existencia misma de la constitución esquizoide es admitida generalmente. Uno de los más cautos adeptos de Kretschmer, Bleuler, incluye los siguientes tipos entre los más graves esquizoide: el suspcioz hipersensitivo, el pedante, el tenazario y endurecido, el paranoide, el vergonzoso y de liado, el fanático, el piadoso beato y el excéntrico.

Así pues, si bien es cierto que la relación de la personalidad esquizoide con la esquizofrenia ha sido comprobada, hay que recordar, sin embargo, que del 30 al 50 por ciento de casos no mostraban anomalías mentales antes de declararse la enfermedad. La relación de la esquizofrenia con uno o varios tipos de constitución física está todavía en discusión.

La presentación es rara de la esquizofrenia en los niños antes de la puebr dad, su frecuente comienzo en la adolescencia, las semejanzas del cuadro clínico con la falta de madurez mental, la aparición de la esquizofrenia como consecuencia del puerperio y el segundo momento de auge de su frecuencia en la época de la menopausia, son argumentos que señalan todos al sistema endocrino como un factor etiológico.

Debido a la in-entidumbre que prevalece actualmente sobre la causa de la esquizofrenia, la posibilidad de una precipitación física ha merecido la atención de muchos. Las teorías y las especulaciones han ido más allá de lo que permite la frecuencia real de la coincidencia entre enfermedad mental y corpo

ral. Son de interés tres observaciones: 1. Una afección esquizofrénica puede declararse durante una enfermedad infecciosa, un parto o inmediatamente después de ellos, e inversamente, una infección intercurrente puede ejercer su efecto sobre una esquizofrenia crónica.

2. Una esquizofrenia aparece en el curso de una enfermedad orgánica, puede tomar una forma atípica.

3. Pueden observarse síntomas esquizofrénicos en las enfermedades orgánicas del cerebro.

Parace improbable que una enfermedad mental grave, que conduce a la deterioración y a la destrucción de la personalidad, pueda ser determinada psicogénicamente, aún admitiendo una fuerte predisposición genética. Debemos por lo tanto, mirar con escéptica reserva los raros casos en que una afección esquizofrénica parece ser precipitada por un choque emocional, por un conflicto mental o por otras dificultades psicológicas o sociales.

Cuando se los examina con atención, en muchos de estos casos las situaciones o conflictos emocionales a los cuales se atribuye a fuerza precipitante resultan ser, en su mayoría, los efectos sociales muy precoces del comienzo de la enfermedad misma. Senta sin embargo, exagerado negar la existencia de una precipitación psicológica en algunos casos publicados, en los cuales la explosión de la psicosis ha estado asociada con la pérdida de amigos muy íntimos o familiares, con un fracaso profesional, etc.. En casi todos estos casos se encontrarán factores seriamente predisponentes sobre los cuales el suceso psicológico ha actuado como un fulminante. Aun cuando la mente del enfermo está llena de ideás relacionados con los sucesos que se -

presume han causado el ataque y la secuencia de los hechos, parece adaptarse estrechamente a estos sucesos y es fácil de comprender.

Con todo si existe la predisposición, la respuesta de una persona puesta a una situación tensional puede adquirir la forma de una enfermedad esquizofrénica, o al menos existe la tentación de creerlo así. El hecho notable es la escasez de los casos en los cuales una precipitación de tal clase resulta aceptable.

Si la esquizofrenia está basada en un trastorno orgánico, parece poco probable que sus síntomas puedan explicarse por medios puramente psicológicos. Mas aún: es pedir demasiado, esperar que se puedan encontrar una única perturbación fundamental psicológica como base de todos los síntomas, especialmente cuando se duda si el concepto actual de esquizofrenia no abarca la realidad de varias enfermedades. En la fase presente de nuestros conocimientos, todo lo que se puede hacer es agrupar las anomalías psicológicas esenciales tal como ellas afectan las diferentes funciones mentales, y estructurar, a partir de estas anomalías, los más importantes síndromes típicos:

1. Cuando nos referimos al trastorno esquizofrénico del pensamiento queremos significar una anomalía de proceso del pensar y no cualquier anomalía de las ideas que dicho proceso exprese. Uno de sus aspectos se muestra en la escisión y desconexión de asociaciones que Bleuler consideraba el síntoma fundamental de la esquizofrenia.

2. Las emociones del esquizofrénico no son el simple acortamiento de su vida mental, incluyendo sus síntomas, sino que pueden estar perturbadas primariamente en su carácter, en su intensidad y en sus relaciones con otras experiencias psicológicas.

La falta de capacidad para experimentar ciertas emociones, puede ser un síntoma precoz y en algunos casos es durante largo tiempo, el único signo de la enfermedad. El achatamiento de las reacciones emocionales progresa, — desde los más refinados y tiernos sentimientos de simpatía, consideración para la familia y los amigos, a las primitivas emociones de miedo, cólera, hilitud y erotismo.

3. En la volición la perturbación más común es un embotamiento de la fuerza de voluntad, lo que llama a veces insuficiencia básica de la actividad.

Estas perturbaciones de la volición, y del yo, la pérdida del dominio de sí mismo, el negativismo, y la ambivalencia pueden ir acompañadas por dudas, complejidad, falta de seguridad y desesperación, especialmente en los primeros estadios de la enfermedad. Un enfermo llega a la aceptación resignada de los síntomas, por la formación de hábitos y el achatamiento del afecto.

Manía. — (11a)

Las psicosis maníacas son más raras que las depresiones, aun teniendo en cuenta el hecho de que es más fácil pasar por alto los estados leves maníacos que una depresión leve.

El paciente maníaco, ni se siente ni parece enfermo al examinarlo, sino que, por el contrario, presenta comúnmente el cuadro de una perfecta salud física. No es raro que el ataque maníaco comience con un ligero humor depresivo, que dura unos pocos días, pasando gradualmente a un estado de ánimo de excitación creciente, acompañada de exceso de actividad e intranquilidad. Después de un corto período de sueño, el paciente se levanta temprano para llevar un día de continua y alegre actividad.

El enfermo está seguro de sí mismo, se alaba de ello y se irrita fácilmente cuando otros no parecen estar conformes con sus planes. La hiperactividad en los estados maníacos raramente es fructuosa; son manifestaciones de la conducta del maníaco una historia voluble y mal coordinada de actividad.

Su estado afectivo muestra todos los grados entre una alegría contagiosa, una hilaridad exuberante y sin mezcla, y una extrema excitación.

La tendencia dominante a los demás lo lleva a conflictos con su ambiente frente a estos conflictos el paciente no siempre los toma bien, sino que fácilmente se deja arrastrar a ataques de ira. Sus ataques temperamentales pasan fácilmente y rara vez dejan sentimientos de rencor sino que suele sentirse feliz como antes.

La corriente del pensamiento es más rápida de lo normal, o al menos así lo siente el enfermo.

Comporta una exageración desordenada del dinamismo hormonal, una exaltación de los sentimientos y de los estados típicos.

Los síntomas principales son:

Trastornos del humor

Trastornos del pensamiento

Trastornos del comportamiento

Trastornos neurovegetativos.

En la manía ligera o hipománia se hallan en ciertos estados debilitados todos los síntomas anteriores, si bien la actividad exagerada del enfermo puede, algunas veces resultar eficientes y conducido exteriormente y exitosamente a empresas temerarias.

En la manía aguda todos los síntomas son llevados al paroxismo y el enfermo se halla agitado violentamente, frecuentemente agresivo y peligroso (furores maníacos). Cuando el delirio es muy acusado se muy acusado se habla de manía delirante.

Existen síndromes maníacos secundarios en ciertos tumores cerebrales -- frontales e hipotalámicos, en ciertas concusiones cerebrales y en crisis de -- senilidad, en ciertas intoxicaciones e infecciones, etc.

CAPITULO IV.

Psicosis y Neurosis.

Psicosis.- division .- neurosis.

CAPITULO IV.

Psicosis.-

Las psicosis son afecciones mentales que implican una desorganización del ser psíquico hiriendo la personalidad del sujeto y trastornando su comportamiento de manera evidente.

División de las Psicosis.-

1. Enfermedades mentales con un déficit intelectual: puede ser un déficit permanente o adquirido. El déficit intelectual permanente se debe generalmente a varias causas:

- a) Variedades genéticas dependiendo de los cromosomas de los progenitores
- b) Por trastornos endocrinos, (entran en este grupo algunos casos de oligofrenia) por hipertiroidismo principalmente.
- c) Por infecciones ya sean prenatales o postnatales principalmente entre las primeras enfermedades infecciosas en la mujer, sobretudo, en los primeros meses del embarazo y en las postnatales en los primeros años, tenemos la encefalitis.

En las que el déficit intelectual adquirido, las llamadas demencias, se distinguen de la oligofrenia por el carácter adquirido del déficit intelectual. Se desarrolla con lentitud y es generalmente incurable.

Es posible distinguir ocho grandes grupos de demencia:

- a. Demencia senil: que consiste en la exageración de la involución normal del cerebro, sucede de los 60 a los 80 años, presenta trastornos intelectuales, desorientación, pérdida del juicio, confabulación, episodios confusos durante la noche.
- b. Demencias degenerativas, también se llama presenil, las dos principales for-

nas son la enfermedad de Pick y el mal de Alzheimer:

Enfermedad de Alzheimer

Enfermedad de Pick

Pérdida inicial del poder de ex-
presión

Pérdida de la necesidad de expresión.

Conservación de la afectividad.
irritabilidad.

Indigencia afectiva, indiferencia.

Alasia de tipo sensorial, esfuerzo
por hablar.

Reducción del vocabulario, pérdida de
la impulsión de las palabras.

Aparición del apraxia, agnosia
asimboloprosia

Crisis epileptiformes frecuentes

Crisis de hipertonia.

Necesidad de movimientos

Indigencia motriz.

A veces fin delirante, alusinaciones,
confabulación.

Pobreza de contenido Psíquico.

c. Demencia arteriosclerótica: la alteración principal consiste en una degeneración, con depósitos calcáreos en las paredes de las arterias cerebrales, pre-sentando trastornos intelectuales afectivos y neurológicos que permiten dife-renciarla de la demencia senil.

d. Parálisis general progresiva.- Es producida por un meningitis -encefalitis di-lusa producida por la espiroqueta de Schaudinn, agente causal de la sífilis; - se puede dividir en tres periodos principales: El periodo de incubación; la pa-ralisis puede iniciarse bajo tres aspectos: una excitación eufórica comparable a la excitación maníaca, una neurastenia: disminuye sus facultades intelectuales y reduce su actividad: una disminución intelectual. Pasado este periodo se

sentan trastornos intelectuales y signos psíquicos. Entre los trastornos intelectuales, tenemos una demencia global, pérdida de la autocritica, del juicio y del razonamiento e ideas delirantes. Y entre los síntomas psíquicos tenemos síntomas predominantemente en la lengua, trastornos reflejos.

En el estado terminal el sujeto termina en el gatismo, caquexia y total de generación intelectual.

e. Demencia posttraumática.- Se presenta después de un trauma cerebral grave, se empieza un progresivo debilitamiento intelectual lento, hasta un período final confusional. Se pueden presentar trastornos neurológicos. Se desenvuelve en varios años y sobrevive igual hasta la muerte.

f. Demencia tóxica.- La más importante es la demencia alcohólica, la voluntad y el sentido moral se ven afectados antes que el intelecto. Se puede presentar deterioro cerebral y nervioso. La más importante de estas psicosis es la de Korsakoff.

g. Demencia epiléptica.- La epilepsia precoz y de evolución grave puede conducir a una demencia lentamente progresiva acompañada de trastornos del carácter. En ciertos casos de tumores cerebrales, el mal de Parkinson, corea de Huntington - la esclerosis en placas, etc. puede conducir también a la demencia.

II. Enfermedades mentales caracterizadas esencialmente por un trastorno del humor:

1. la manía. Comporta esencialmente, una exageración de actividad del dinamismo vital, una exaltación de los sentimientos y de los estados tónicos. Los síntomas principales son: trastornos del pensamiento, trastornos del comportamiento

to y trastornos neurovegetativos.

Terminan curados el 90 % de los accesos maníacos pero tiene un alto grado de reincidencia; las facultades intelectuales quedan intactas.

2. La melancolía. Consta de un debilitamiento del dinamismo vital, hipoctividad de la vida vegetativa y una actividad motriz disminuida. El principal trastorno que presenta es tristeza enfermiza, las facultades intelectuales quedan intactas aunque se presentan ideas delirantes depresivas. Se presenta también inhibición motriz que puede alternar con períodos ansiosos de agitación motriz, falta de apetito raras veces automutilación y fundamentalmente suicidio. Se pueden distinguir:

1. La melancolía o depresión psíquica simple.
2. La melancolía ansiosa.
3. La melancolía delirante
4. La melancolía alucinatoria
5. La melancolía de involución.

3. Psicosis maniaco - depresiva. Los accesos maníacos y melancólicos alternan frecuentemente: podemos distinguir:

1. La psicosis doble donde la fase depresiva sigue a la maníaca inmediatamente después y está separada una serie de otra por un período de normalidad.
2. Alternándose una fase maníaca y una depresiva separadas alteradas con perdodos de normalidad;
3. La psicosis circular donde no aparecen períodos de normalidad.
4. La ordinaria donde encontramos sin ritmo preciso períodos maníacos, depresivos y normales.

III. Enfermedades mentales caracterizadas esencialmente por delirios cróni-
cos.

Las dividiremos en esquizofrenia y psicosis delirantes (Parafrenia y paranoia),
pueden agregarse los desequilibrios de psicópatas congénitos o locos morales.

Las neurosis.-

Las podemos definir como una enfermedad nerviosa sin lesión anatomopatológica-
a aparente, que no altera la conciencia; ni las facultades intelectuales del suje-
to de modo que su comportamiento social no sufra así trastorno.

1. Histeria. Es una psiconeurosis que reúne síntomas diversos: parálisis, tras-
torños sensoriales, crisis nerviosas, etc...

El diagnóstico reposa esencialmente sobre la ausencia de trastornos de los re-
flexos comprobados en las alteraciones orgánicas verdaderas.

Las manifestaciones psíquicas histéricas más frecuentes son los estados --
crepusculares y la amnesia histérica, esta se puede revivir bajo hipnosis.

2. Psicastenia: la psicosis o neurosis obsesiva está caracterizada por la exis-
tencia de una idea obsesiva acompañada de angustia.

Aparece generalmente en la pubertad, El aspecto fundamental es un estado de
incomodidad y de malestar permanente. No cesa de pensar en su psiquismo.

Sobre este estado se desarrollan los síntomas paroxísticos, las ideas obsesi-
vas y las fobias.

3. Neurastenia. Consiste en una debilidad persistente e irritable de los centros
nerviosos. El neurasténico acusa un sentimiento de malestar acompañado de sensa-
ciones interoceptivas, entre los síntomas fundamentales tenemos las relaxias, as

tenia, insomnio, depresión, etc...

Se conocen formas adquiridas y neurastenia puramente constitucional. Entre las formas adquiridas, tenemos: la neurastenia por shock emotivo, la posttraumática y la neurastenia legítima a la que acompaña un trastorno orgánico.

CAPITULO V.

*El Perfil Multifásico de la Personalidad de
Minnesota.*

*Instrucciones al sujeto.- calificación.- In-
terpretación.*

CAPÍTULO V.

La prueba de Minnesota es una prueba tipo cuestionario, comprende 550 preguntas que cubren áreas tanto físicas como ambientales, sociales, etc..

El sujeto tiene que contestar los ítems, separándolos en "falso", "verdadero", y "no se decide", según sean para él falsos, verdaderos o no sabe decidir nada de ellos.

Requiere generalmente de 90 min. para ser contestada, aunque algunos sujetos pueden tardar 2 horas, o menos de 30 minutos.

Las escalas que estudia la prueba son: Hipocondría (Hs), depresión (D), histeria (Hy), psicopatas (Pd), masculinidad-femenidad (Mf), paranoia --- (Pa), psicastenia (Pt), esquizofrenia (Sc), manía (Ma).

Los primeros estudios sobre el M.M.P.I. se hicieron en 1940 por S.R. Hatway y H.C. McKinley y publicados en 1943, en la Universidad de Minnesota.

Los diferentes ítems fueron seleccionados basándose en 26 áreas diferentes. Es posible separar los ítems que interesen, en algunas áreas especiales, al exarminador, permitiendo una forma más breve de la prueba.

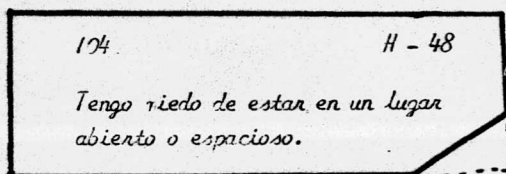
La estandarización de la prueba fue hecha en 700 visitantes de la Universidad de Minnesota, que es una buena muestra representativa de la población de Minnesota. Las escalas fueron contrastadas en 800 casos del departamento de neurología y psiquiatría del mismo hospital.

Tiene dos formas de aplicación; individual y colectivo; puede presentarse en forma de cuaderno y de tarjetas individuales, en la que cada una presenta uno de los ítems; y la de cuaderno que se contesta en un protocolo.

Aquí verá la forma individual de tarjeta.

Puede ser aplicada desde los 15 o 16 años y el único requisito es que el sujeto sepa leer, ya que hay una escala para señalar la incomprensión a la prueba y la falta de cuidado al seleccionar los ítems.

Como dije anteriormente el material, consta de 550 tarjetas escritas, cada tarjeta tiene además un número y una serie para vaciar las respuestas en la gráfica de calificación, tiene además un corte en una esquina, ya sea la derecha o la izquierda:



Tenemos unas hojas protocolo donde vaciamos las respuestas y las calificaciones valiéndonos de unas claves estandarizadas para cada una de las escalas, convirtiendo los puntajes en una gráfica.

Instrucción a los sujetos. =

Al sujeto se le da la prueba en una caja con todas las tarjetas, se le dice que las selecciones según su criterio, en falsas, verdaderas y si alguna no sabe que decir de ella, la separe.

Si el sujeto no entendió bien las instrucciones, se puede hacer con el los primeros ítems. Se le indica que no se distraiga.

Si al terminar el sujeto, ha separado en " no se decir " más de 50 tarjetas, se le dan estas, de nuevo, para que las seleccione.

Es conveniente poner al principio ítems sencillos para que el sujeto sienta confianza.

Calificación.-

Después que el sujeto ha seleccionado todos los ítems, se procede a vaciarlos en el protocolo. Este está dividido en dos partes: uno donde se ponen el número de las tarjetas, y otra donde está la gráfica para sacar el perfil.

1. Selección de las tarjetas: Se toman las tarjetas puestas en "Verdadera" después de revisar que todas estén al derecho, se separan las tarjetas que están cortadas en el ángulo inferior derecho. Los cortes nos representan la frecuencia de respuestas dadas por sujetos normales, tomadas de la estandarización de las respuestas. Las cortadas del lado derecho en la sección "verdadera", corresponden a las respuestas infrecuentes, y son las que se anotan en el protocolo mediante una cruz en el casillero que nos muestra la clave, situada en el ángulo superior izquierdo de la tarjeta (H - 48).

Después que las respuestas "verdaderas" infrecuentes, han sido anotadas, se seleccionan las "falsas", que estén cortadas del lado izquierdo, tiene igual causa de selección que las anteriores, y se vacían en la misma forma.

Se anotan las "no se decir", el número exacto que el sujeto no seleccionó o se pueden marcar con otro color u otra señal diferente.

2. Para hacer el perfil.

a. Escala J? (no se decir) se pone el total de tarjetas que el sujeto seleccionó.

b. Escala L se anotan las tarjetas marcadas dentro del score J 41 a J55 inclusive.

c. Escala F se califica mediante claves estandarizadas, marcando con un punto, cuando corresponde a la X del protocolo con la X de la clave.

d. En las demás escalas la calificación es igual que en la escala F, solo - que algunos números están marcados con 0, cuando este 0 corresponde a un espacio en el protocolo, se cuenta un punto.

e. En la escala Mf, según el sexo del sujeto, se toma en cuenta la X_i o el 0 ya sea que el sujeto sea masculino se toma la X_i o femenino se toma el 0, en los números que están marcados en la clave con X0.

3. Para hacer la gráfica.-

(Convertimos la calificación o puntaje bruto de cada escala en la calificación Ton (T), que aparece en las tablas estandarizadas.

Este ton, se saca, basándose en :

$$T = 50 + \frac{10 (x1 - \bar{x})}{2}$$

Donde X1 corresponde al score bruto y \bar{x} la desviación standar del puntaje bruto en el grupo control.

Algunas escalas tienen marcadas un aumento de un número determinado de K ya que es la calificación del poder discriminativo del sujeto, esas variables son:

$$Hs + .5K \quad Pd + .4K \quad Pt + 1.0K \quad Sc + 1.0K \quad Ma + .2K$$

Para encontrar el Ton correcto de cada escala, se busca en la tabla: el - puntaje bruto en la columna de la escala deseada y su correspondiente en el extremo izquierdo de la tabla, que corresponde a la columna Ton.

4. Para presentar los resultados.

1. Escribir el número de la escala que tenga Ton más elevado.
2. En orden descendente, los números de las escalas que tengan valor superior a 54 T.

3. Poner un apóstrofe (') sobre el número que representa un T superior a 70 ton.

4. Subrayar las escalas donde T. score sea igual o tenga una diferencia de un punto, poniendo primero el más elevado, si son iguales se ponen en orden de escalas. Esta seña representa lo que se llama el punto más alto de la codificación.

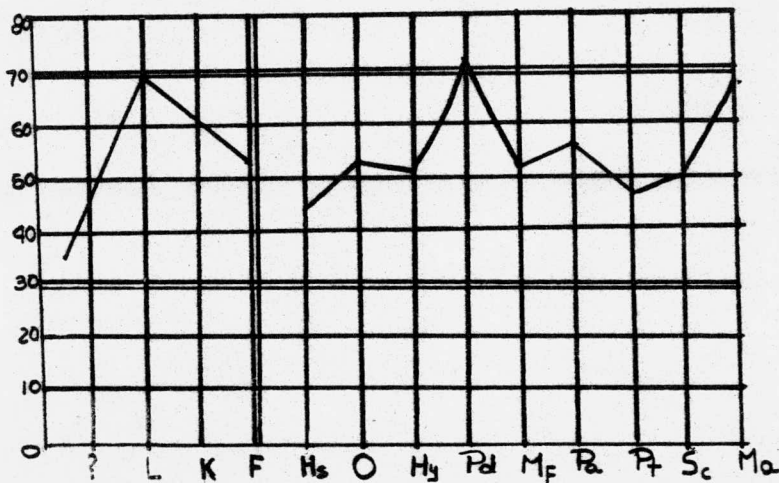
5. Se pone separado por un guión el número de la escala con un valor ton más bajo de 46, y poner los que estén entre el más bajo y 46, si hay.

6. Se subrayan igual que en el punto 4, los más semejantes, indicando el punto más bajo.

7. Se ponen los scores brutos de K? L? F. Si el score de L es mayor o igual que 10 y el de F es igual o mayor que 16, se pone una X después del perfil, para indicar que puede ser inválido el perfil.

Ton Score	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Score bruto:	L	F	K
	45	55	54	72	52	56	46	48	69		10	4	21

Resultados: 4' 962 - 1 X 10: 4: 21



INTERPRETACION.

Escala de validez.- La escala "no se decía" corresponde a aquellos ítems que el sujeto no puede contestar o que no son aplicables a él. En sujetos normales el score es bajo, y en aplicaciones de casos psiquiátricos el score es marcadamente bajo.

Escala L.- Entran en esta escala sentimientos de agresividad, malos pensamientos, un bajo autocontrol y poco sentimiento de conformidad. Estos atributos son por consiguiente ambiguos, poco claros, generalmente no muestran una adaptación social correcta. El sujeto separa como falsos a él mismo ítems como: "no siento que diga la verdad", "no me cae bien toda la gente que conozco", "a veces me río de un chiste sucio", etc.

Escala F.- Dentro de los ítems de esta escala algunos muestran pensamientos e ideas peculiares, apatía, falta de interés o rechazo a las normas sociales. Muchos de los ítems, tienen relación a las relaciones familiares, experiencias infantiles traumáticas, relativos a la religión, actitudes hacia la ley, control sobre los impulsos, sueño y aspectos somáticos del sujeto.

Algunos van directamente relacionados a estados psiquiátricos y nos pueden mostrar algunos datos no señalados por otra escala. Ejemplos: el sujeto contesta como verdaderos ítems como: "comúnmente oigo voces que no se de donde proceden", "alguien ha tratado de robarme", "creo que mis pecados son impenitentes"; y selecciona como falsos: "algunas veces me siento lleno de energía", "mi vida sexual es satisfactoria", etc..

Escala K.- Mide la actitud del sujeto ante la prueba, así como las defensas del sujeto o el exhibicionismo de los defectos personales o de sus proble-

mas. Se completa con la escala L para mostrarnos si el sujeto ha tratado de dar una buena impresión al experimentador, o de obtener un buen score.

En los casos de score muy bajo, nos muestran la tendencia a ocultar las desviaciones de su personalidad. Los casos con un score muy alto, muestran la tendencia a scores elevados en las otras escalas. Algunas veces estas escalas muy altas muestran grados patológicos, generalmente de depresión o esquizofrenia.

Escalas clínicas.-

1. Hipcondría (Hs).

Un score alto nos indica una conducta anormal con respecto a las funciones orgánicas, preocupaciones por síntomas de alguna enfermedad, aunque existe la evidencia médica de que no hay tal.

Esta preocupación domina la vida del sujeto y lesiona otras actividades y sus relaciones interpersonales. La personalidad hipcondríaca nos muestra también egocentrismo, irracionalidad, falta de insight para llegar a la base emocional de su preocupación por los procesos orgánicos.

Hataway, aumentó una relación de esta escala con .5 del score de K, para compensar el score por el poco deseo del sujeto de ver balizar su sintomatología o viceversa.

2. Depresión (D).

Fue establecida para medir el grado de depresión del sujeto dentro del cuadro sintomatológico llamado depresión. Este estado se caracteriza por pesimismo, falta de visión de futuro, sentimientos de tristeza y minusvalía, lentitud en el pensamiento y en el obrar y frecuentemente preocupación por la muerte o el suicidio.

La depresión puede ir acompañada por varios síntomas psiquiátricos o esquemas de personalidad de casi cualquier clase.

Los ítems muestran una falta de interés expresada por apatía general, un deseo indistinto de felicidad y autovaloración. Desarrolla sentimientos de ser incapaz para cualquier cosa, o para controlar sus procesos del pensamiento.

3. Histeria (Hy).

Esta escala fue establecida para ayudar en la identificación de pacientes que presentan defensas neuróticas o de conversión, de la histeria. Estos pacientes presentan síntomas físicos para tratar de solucionar sus conflictos o eludir responsabilidades.

Los resortes de estos desórdenes se muestran muchas veces solo bajo las situaciones stressantes, aunque en circunstancias ordinarias no se presentan claramente problemas en la personalidad. Se necesita una medida de la personalidad para captar esta predisposición antes de que la personalidad se rompa, este es el motivo para que se creó esta escala.

El sujeto contesta como verdaderos ítems: "casi todo el tiempo mi cabeza me duele", "frecuentemente noto que mis manos tiemblan cuando voy a hacer algo", "frecuentemente siento como una banda apretada sobre mi cabeza".

4. Psicopatía (Pd).

Esta escala se desarrolló para medir las características anormales y asociales del subgrupo de personas con desviaciones psicopáticas. Este tipo de personalidad nos muestra una disgregación de las normas sociales, inhabilidad para captar las normas sociales y utilizar las experiencias pasadas, descontrol emocional ante otros, particularmente con respecto al sexo.

Como es relativamente libre el sujeto no muestra angustia. El psicópata - puede ser detectado en aquellas situaciones que exigen responsabilidad, apreciación social; como en el caso de la histeria es difícil detectarla en períodos de "tranquilidad", de un raptó psicóptico a otro.

Contestan como verdaderos items como: "no he vivido una vida correcta", "mis padres han objetado siempre con la clase de individuos con los que trato" y contesta como falsos: "me gusta la escuela", "mi vida sexual es satisfactoria", etc..

5. Masculinidad - femineidad. (Mf)

Esta escala nos ayuda a identificar personalidades que tiene relación a de -- órdenes sexuales como la homosexualidad.

En este grupo la dificultad es tener porque el feminismo de estos sujetos aparece en sus valores, actitudes, su estilo de expresarse, tanto como en sus relaciones sexuales.

Contestan como verdaderos items como "me gustaría ser florista", "me gustaría ser enfermera", "acostumbro guardar un diario personal"; y como falso "me gusta hablar del sexo", "creo en una vida futura", "me gustan los magazines de mecánica", etc...

6. Paranoia (Pa).

Esta escala se desarrolla para evaluar los síntomas de la personalidad paranoí
a.

El concepto de paranoia incluye frecuentemente ilusiones de influencias y grandeza: las personas muestran estos patrones aunque parezcan bien orientados a la realidad e integrados.

7. Psicastenia (Pt).

Esta escala nos ayuda a evaluar los síntomas neuróticos de la Psicastenia, o el síndrome obsesivo - compulsivo. Los rasgos de esta personalidad incluyen -
además de la conducta obsesiva o la conducta compulsiva, rituales y algunas o -
tras formas de conducta anormal, preocupaciones, dificultades para concentrar -
se, sentimientos de culpa y una excesiva vacilación al tomar decisiones.

Otros patrones notados frecuentemente incluyen una excesiva rigidez moral
o patrones intelectuales con sentimientos de autocrítica.

El término psicastenia reúne varios patrones de reacciones neuróticas que
se presentan en muchos desórdenes de tipo psiquiátrico.

8. esquizofrenia (Sc)

El patrón psiquiátrico de la esquizofrenia, para el cual está esta escala fue p -
- creada, se sacó de variadas y a veces contradictorias conductas. Puede ser -
el resultado de un estudio de los patrones que se señalan en la conducta biza -
- rra. Muchas de los sujetos que muestran esta reacción psiquiátrica se carac -
- terizan por ser falsos, patéticos o indiferentes, otros sujetos de ven inacce -
- sibles mostrando ser autosuficientes. Ilusiones en varios grados, alucinacio -
- nes, pueden aparecer en varias combinaciones. Inactividad, o estereotipia pue -
- de ir acompañada de falta de interés por la gente, por los objetos del alrededor
o por las relaciones con los demás.

9. Hipomanía (Ma).

Tres aspectos caracterizan este patrón : hiperactividad, excitación emocional,
e ideas. La actividad puede llevarlo a grandes programas e ideas pero general -
mente improductivos o irrealizables. El estado de ánimo va de gran euforia a

irritabilidad y temperamento inestable.

El entusiasmo y el optimismo de estos sujetos los llevan a tratar de realizar objetivos mayores que sus fuerzas.

En algunos grados la hipomanía es difícil de delimitar de los sujetos normales ambiciosos.

CAPITULO VI

Casos aplicados.

V. C. C. estudiante 15 años sexo: femenino Estado civil Soltera.

Datos de la entrevista.

Se desenvuelve en un ambiente familiar desfavorable, padres muy ricos, tiene una gran necesidad de afecto, y aprobación social. Rompe las normas sociales en un afán de destacar. Es agresiva, rasgos esquisoides y depresivos.

Resultados de la prueba:

8'6'2'3'5794 - X 0: 12 : 20

Los puntos más altos en la gráfica nos indican una personalidad pre-sicótica, con patrones esquisoides. Siente malestar físico que le servirá para asistir el tratamiento.

Sus relaciones con los demás son inestables y fácilmente cae en el resentimiento.

Puede llegar a tener fantasmas y mostrar depresión, apatía, irritabi-lidad, y desajuste social, tiene problemas de conducta aunque no llega a tener las clásicas desviaciones psicopáticas.

En el punto 94 de la gráfica los items que seleccionó se refieren a -problemas familiares y una problemática alrededor de su conducta sexual.

No permanecerá largo tiempo en tratamiento y será difícil profundizar

M. E. L. R. 18 años sexo: femenino estado civil: soltera
ocupación estudiante.

Datos de la entrevista.

Padres separados, por consiguiente gran necesidad de cariño.

Es una chica falvola, hizo la prueba nerviosa y falta de interés.

Resultados de la prueba:

1'8'9'8'5764 - 2 X 2 : 9 : 20

La elevación pronunciada en la escala 1, nos sugiere la necesidad de un exámen médico y un tratamiento psicoterapéutico, en atención a sus dificultades emocionales.

Es una persona insatisfecha, muestra ser muy confiada en si misma, narcisista, ve al mundo desde su punto de vista, cae en el pesimismo.

Su score elevado en esquizofrenia, nos hace pensar en algunos trastornos de ese tipo, ya que algunos pacientes a principio de esta enfermedad, dan un nivel elevado en rasgos hipochondriacos.

G.G.E. 20 años sexo: femenino Estado civil: soltera Ocupación Est. 1o. Arz.

Datos de la entrevista.

Se presenta nerviosa, apenada por pedir empleo, dice ser soltera, pero está en el 5o. mes de embarazo por relaciones ilegítimas con un primo. No ha padecido enfermedades importantes, está enferma de amigdalitis, pero no se ha operado. Su capacidad intelectual es baja. Ha perdido tres años escolares.

Es la segunda de tres hijos, su padre es alcohólico, estuvo internado 8 años en el Manicomio General, actualmente está en grado de delirium tre mens. Otro de sus hermanos tiene problemas emocionales y de adaptación.

Su madre es placera y de muy baja escolaridad. Se avergüenza de su ambiente. En su casa la rechazan debido a su embarazo. Como escape, e ilusoriamente, estudia Arquitectura en la UINA, esto nos indica un cierto alejamiento de la realidad. Dibuja y pinta como medio de escape.

Sus relaciones sociales fuera de su ambiente familiar son satisfactorias.

Le cuesta trabajo expresarse y le molesta encararse a sí misma, pues se siente extraña, se siente menos, inactiva, fea, acita muchas veces, por impulsos.

El año pasado nos indica, estuvo enferma sin poder retener nada en el estómago, esto nos puede indicar un posible rechazo al medio ambiente.

Estaba muy desorientada por su situación y se abandonó completamente en manos del psicólogo, débilmente respondió a las pruebas que se le hicieron. Se le consiguió un empleo que le permitiera solventar los gastos del

hijo y de ella misma. Tuvo su bebé y actualmente vive con sus padres y su única fuente de angustia es el padre, que en fe ha próxima será internado de nuevo en el manicomio.

Después de varias sesiones con el psicólogo y la doctora que la atendió, se le aplicó la prueba, dándonos como resultado un perfil ligeramente elevado en psicopatía y muy bajo en depresión.

Resultados de la prueba:

369587 - 21 8: 18: 5

La prueba.- Emocional, alta excitabilidad, rigidez y esfuerzo. Conforme, no responsable profesionalmente, movilización de energía y falta de control, deseosa de responsabilidad aunque poco industriosa y sin perseverancia, a veces agresiva. Introversa.

Falta de naturalidad, libertad de pensamiento, fácil de relacionarse no puede presentar reacciones negativas ante otros, generalmente como resultado de "sus sentimientos heridos". (ontas amistades y superficiales, presenta ser adaptable y fácil de manejar.

L.M.A.R. 18 años sexo: femenino Ocupación estudiante

Datos de la entrevista.

Buena capacidad intelectual, serena, coopera con la prueba.

Es buena estudiante.

Resultado de la prueba.

23 58 - 749 6: 14: 9

Le cuesta trabajo tener iniciativa, tiene algunas dificultades para expresar sus sentimientos y se puede llegar a sentir insegura.

Alta excitabilidad, modesta, firme, intuitiva, tímida, ingenua, insatisfecha de si misma, propensa a preocuparse.

M.A.H. 18 años sexo: femenino Soltera estudiante.

Datos de la entrevista.

Es un sujeto triste, melancólico. Tiene problemas familiares, necesita afecto, sentimiento de inferioridad hacia su mismo sexo y el contrario, se siente fea, ansiosa, nerviosa.

Resultado de la prueba.

5'9'X - 8 1274 1: 12: 11

Indecisa, rebelde, fuera de la realidad, soñadora, puede provocar problemas de conducta, no puede ser bien controlada debido a que a veces se comporta infantil, pedante, deficiente, contraria en si misma, inflexible, inmadura.

Se presenta sofisticada, dice ser independiente e individualista.

M.C.O.G. 17 años sexo: femenino Estado civil: soltera Ocupación Est.

Datos de la entrevista:

Inteligencia media, cooperadora en la prueba.

Resultados de la prueba:

8 35671 - 4 7: 20: 7

Sensible, alta excitabilidad, socialmente activa, cooperadora, iniciativa participación activa en grupo, pero le falta entusiasmo. Aunque se muestra ingeniosa, demuestra poco sentido del juicio. Inmadura.

M.I.C. 19 años sexo: femenino Estado civil: soltera Ocupación: est.

Datos de la entrevista:

Padres divorciados, los abuelos tratan de solucionar el problema afectivo, lenta, ligeramente obsesiva y ansiosa, problemas ante la autoridad.

Resultados de la prueba:

5'687-94 2: 11: 8

Indecisa, rebelde, fuera de la realidad, soñadora, sensible, se ve a si misma como una persona dura, inmotiva, negligente, altamente irritable, se muestra a veces dependiente y sumisa. Le falta confianza en si misma.

M.Y.R.B. 19 años sexo: femenino Estado civil: soltera ocupación: est.

Datos de la entrevista:

El sujeto se presenta ante el psicólogo porque se siente incomprendida y nerviosa, y porque deseaba conocerse más. Se presentó muy nerviosa. Tiene problemas emocionales, ansiedad, terrores nocturnos y algunas fobias a la obscuridad. Presenta inhibiciones.

Su capacidad intelectual es inferior al término medio.

Resultados de la prueba:

3'8'5921 - 74 6: 12: 11

En los ítems que seleccionó podemos observar que el sujeto trata de ser a veces, adulator, religioso y que se queja de problemas físicos.

Probablemente la incompreensión familiar de que nos hablaba en la entrevista sea producto de una mala situación familiar, un padre rígido que se proyecta en quejas físicas. Tiene problemas de adaptación escolar, bajas calificaciones y falta de aceptación social. Algunos problemas de autoridad.

Probablemente sea perseverante en la terapia aunque puede y trata de depender absolutamente del terapeuta.

Se puede apreciar cierto grado de desorganización en su conducta.

Presenta problemas por preocupaciones sexuales.

G.M.C. 17 años sexo: femenino Estado civil: soltera ocupación: est.

Datos de la entrevista:

Nerviosa, sentimientos de inferioridad, ansiedad.

Su capacidad intelectual es inferior al término medio. Se presentó al departamento de orientación vocacional para saber su vocación profesional.

Resultados de la prueba:

3 815627 - 94 4:17:11

Los datos de su perfil nos indican que es una persona predispuesta a preocuparse, anable, entusiasta, amigable y cooperadora, aunque irradura y descuidada en su aspecto personal y en sus cosas. Sensible, altamente excitable, socialmente activa.

En los puntos 27 de su perfil vemos ansiedad, excesiva sensibilidad. Probablemente padezca insomnio. Este tipo de respuestas no pueden indicar problemas familiares, los items que seleccionó van dirigidos a investigar su pérdida de eficiencia y confianza en si misma.

S.M. 15 años Sexo: femenino estado civil: soltera Ocupación: estudiante

Datos de la entrevista:

Se presentó al departamento de orientación " para platicar con el psicólogo", se muestra nerviosa, ansiosa, tímida, muestra pequeñas inhibiciones, introversión.

Su capacidad intelectual es superior al término medio.

Resultados de la prueba:

8'5'439672 - 1 2: 9: 11

Su puntaje en la escala 8 nos habla de una personalidad esquizoide, apática, seria, sectaria, se nota un cierto grado de desorganización en su conducta, aunque puede tener un pensamiento claro y mostrar un buen grado de autocontrol. Presenta algunos problemas en relacionarse y ser aceptada por el grupo. Algunas preocupaciones sexuales.

Al relacionar el score 8 con la escala 5 nos da indicios de su rebeldía, indecisión. Soñadora, limpia, fuera de la realidad.

Habría que investigar más a fondo si no ha habido ataques, si sufre dolores de cabeza o si se queja de otros padecimientos.

L.J.V. 16 años sexo: femenino estado civil: soltera Ocupación: estudiante

Datos de la entrevista:

Se presentó al psicólogo para ver sus intereses vocacionales. Es una persona estudiosa, delicada, introvertida. Lleva a cabo actividades sociales.

Su capacidad intelectual es superior al término medio.

Resultados de la prueba:

3 8567219 - 4 2: 11: 12

Es una persona propensa a preocuparse, franca, entusiasta, equilibrada, responsable, delicada, amigable y cooperadora, aunque inmadura, emocional y altamente excitable.

S.B.F.M. 19 años Sexo: femenino Estado civil: soltera Ocupación: estudiante

Datos de la entrevista:

Es una chica angustiada, frívola, con problemas familiares, razón por la cual fué a hablar con el psicólogo. Muestra una gran necesidad de afecto.

Su capacidad intelectual es inferior al término medio.

Resultados de la prueba:

8 96 37541 4: 13: 11

Es una persona idealista, centrada en si misma, infatigable y a veces factanciosa, voluble, insatisfecha, excéntrica y frívola.

Presenta períodos de hiperactividad seguidos de períodos de depresión.

Su conducta muestra algunas variaciones, aunque no es muy pronunciado su rasgo esquizoide.

L.R.J.C. 15 años sexo: femenino Estado civil: soltera Ocupación: est.

Datos de la entrevista:

Se presentó al consultorio para hacerse un estudio vocacional. Es la mayor de cinco hermanas. El ambiente familiar es satisfactorio, aunque el padre es muy posesivo. Es sumamente sensible, hace dos años tuvo una experiencia traumática con un exhibicionista. Su padre la hipnotizó, estas experiencias las tiene muy gravadas.

Es muy estudiosa, compete con la segunda hermana a tener mejores calificaciones. Se interesa mucho por saber si puede con la carrera de Biología.

Resultados de la prueba:

8'5'967143 - 2 3: 14: 12

Es una persona seria, aislada, reservada, puede notarse una cierta desorganización en su conducta, aunque en muchos aspectos es ordenada, lúcida y adaptable, bien controlada.

Autocrítico, aunque a veces se siente autosuficiente puede crearse diferente, rara, impaciente, indecisa a veces fuera de la realidad.

Se siente brusca, tosca e inmotivada.

C.T. 16 años Sexo: masculino Estado civil: soltero Ocupación: estudiante

Datos de la entrevista:

Presenta un ip obsesivo, es un sujeto controlado por el padre, quién es quién lo llevó al psicólogo. Rechaza la autoridad y por lo tanto a la prueba agresividad latente, trata de "apantajar", de sentirse superior debido a la influencia paterna aunque es inseguro y tímido.

Resultado de la prueba:

3 68 - 457 X 2: 16: 15

El punto más alto del perfil nos presenta un patrón de personalidad con algunos rasgos esquizoides, presenta algunos problemas orgánicos y preocupaciones por su salud, aunque estas le ayudan a establecer un ajuste oneroso con la realidad.

Sus relaciones con los demás son inestables y se caracterizan por el resentimiento. Muestra a veces depresión, patía iritabilidad, puede presentar problemas de conducta aunque no al grado de los psicópatas.

A.P. 18 años Sexo: masculino Estado civil: soltero Ocupación: est.

Datos de la entrevista:

Su capacidad intelectual es superior al término medio. No acepta los aspectos sociales, trata de ser original, tiene capacidad de insight. Hay incompreensión familiar, deseo de dominar, obsesivo.

Perdió el conocimiento durante dos días: estuvo internado como esquizofrénico 4 ó 5 días en un sanatorio particular.

Resultados de la prueba:

6 389 - 71452 6:22: 8

Es una persona sensitiva, pronta a preocuparse. Se ha visto que el score alto en la escala 6 nos indica que el sujeto se envuelve en sí mismo y en varias actividades, y tienden a ser estas preocupaciones personales, relevantes e importantes. Tiene energía, capacidad intelectual, aquí coincide con la prueba de inteligencia (superior al término medio) y capacidad de insight.

Sus grandes períodos de actividad son mezclados de hipoactividad y de presión.

M.T.V. 17 años Sexo: femenino Estado civil: soltera Ocupación: estudiante

Datos de la entrevista:

Problemas con el padre, incomprensión, identificación con el padre, conflictos religiosos, depresivo, falta de interés, angustia, ambivalencia, es escrupulosa con el sexo opuesto.

Su capacidad intelectual es superior al término medio pero sus calificaciones son bajas.

Resultado de la prueba:

5'8'2167 X 12: 15: 13

Es una persona indecisa, rebelde, fuera de la realidad, soñadora, limpia y sensible. Se ve a sí misma como un ser brusco, incoherente, sin control emocional, escrupulosa omite los aspectos positivos de la personalidad.

Su puntaje alto en la escala 8 nos sugiere una personalidad esquizoide, apática, seria, disgregada.

Puede presentar problemas al sentirse autosuficiente, hostil, rebelde, egocéntrica y fácilmente irritable.

Presenta problemas de adaptación y tiene problemática sexual (escala 5) esta preocupación a veces está relacionada con confusiones sexuales o ninfomanía.

A veces puede achacar a sus nervios su problemática. Sería reacia a la terapia.

M.A. 18 años Sexo: femenino Estado civil: soltera

Datos de la entrevista:

Su capacidad intelectual es muy baja.

Es una enferma postmeningítica.

Resultados de la prueba:

2' 568193 5: 7: 12

Enida, resalta problemas en su situación como estudiante, problemas relacionados con el sexo opuesto, sus estudios y su elección vocacional.

El riesgo del suicidio puede aparecer con el tiempo. Insatisfecha fácilmente se preocupa.

A.B.O. sexo: masculino Estado civil: soltero Ocupación: estudiante.

Resultados de la prueba:

2°956 - 8347 1 62 13: 7

Sensible e individualista. Insatisfecho en general, pero más insatisfecho y decepcionado de si mismo, propenso a preocuparse y altamente exitable. Probablemente le agrada beber, se considera generoso y sentimental.

Apático, solitario, cauteloso, excesiva inhabilidad para tomar decisiones, falta confianza en su habilidad y pesimista en su progreso profesional. Pulas relaciones interpersonales.

Tiene malestar físico alrededor de pérdida de energía y fatiga.

V.M.E. 19 años Sexo: femenino Estado civil: soltera Ocupación: estudiante

Datos de la entrevista:

Se presenta a buscar empleo para poder continuar con sus estudios, ya que sus padres no pueden mantenerla más. Su padre es un jubilado del gobierno, - y gana bastante poco para mantener una familia de 9 personas de las cuales - el sujeto es el 2o. de seis hermanos. Sus padres están separados aunque el su jeto contesta de primer impulso que las relaciones familiares son "satisfactorias".

El sujeto vive en un internado ya que su familia vive en el estado de Morelos.

No ha padecido enfermedades de importancia. Es irregular en sus estudios ya - que cada año ha repetido materias, actualmente cursa una materia de 2o y una de 3o. en la carrera de Odontología.

Resultado de la prueba:

8' 546791 X 9: 17: 12

Es una persona sensible, de alta excitabilidad, franca, valerosa y modesta, so cialmente activa, aunque no se ve entusiasta, muestra poco y pobre sentido del juicio.

Apática, seria, se puede observar un grado de desorganización en su conduc ta aunque se presenta ordenada y lúcida de pensamiento.

Es probable que tenga fantasmas sexuales, tendencia a la ninfomanía, fant asias y sueños desorientados.

R.M.J.T. 19 años Sexo: masc; Estado civil: soltero Ocupación: estudiante

Datos de la entrevista:

El sujeto se presenta para conseguir empleo remunerado para no sentirse limitado en sus gastos. Ya ha trabajado y ha renunciado pronto por no ser suficiente el sueldo. Estudia el primer año de Economía, sus intereses principales son económicos.

A pesar de que su capacidad intelectual no es muy alta, tiene buen promedio y el año pasado consiguió una beca para E.U. donde permaneció un año.

Confía en sí mismo y se ha marcado metas precisas, tiene poco contacto con sus compañeros.

Vive solo con unos parientes pues su familia está en Torreón. El nivel económico es muy bajo. El ambiente familiar parece ser satisfactorio.

Resultado de la prueba:

7' 56²⁸¹ - 3 4: 14: 6

Su perfil se eleva más de 75 ton en Psicastenia y presenta un descenso en manía e histeria.

No son muy frecuentes los scores altos en esta escala, nos dan rasgos obsesivos compulsivos, son sujetos reflexivos, introspectivos, a veces algunos impulsos morbosos, hábitos de estudio malos, relaciones interpersonales pobres y dificultades con figuras autoritarias.

Preocupado acerca de valores religiosos y morales. Este tipo de sujetos muestran resistencia a la psicoterapia y al tratamiento en sí, aunque después se muestran perseverantes ya que fácilmente dependen del terapeuta.

Preocupados, ansiosos, temerosos y rígidos presentan problemas centrados frecuentemente en el corazón y sistema gastrointestinal o genitourinario.

T.N. 19 años Sexo: masculino Estado civil: soltero Ocupación: estudiante

Datos de la entrevista:

Se presentó el sujeto a solicitar empleo para "apoyar su carrera", aunque después nos explica que es por necesidad. Es el mayor de 8 hermanos; el padre es obrero. El sujeto presenta más aspiraciones. No sabe ciencia cierta porque estudió Psicología. El ambiente familiar es en parte satisfactorio.

Aunque el sujeto trata de quedar bien ante el examinador guarda más relaciones interpersonales, es muy autoritario.

En sus ratos libres, nos dice, experimenta en un pequeño laboratorio con un pariente que estudia Biología.

También dice que le gusta el teatro.

Es agresivo, dominante, su sentido del juicio a los demás es rígido.

Desde el punto de vista social trata de influir en los demás haciendo política.

Sufre cambios de humos aparente y es irritable, es exigente en sus ideas. Su originalidad intelectual es baja.

Resultado de la prueba:

82'35146 - 99: 23: 11

Su perfil de validez nos señala que el sujeto intenta dar respuestas que lo presenten como un buen sujeto al examinador, todo el perfil está muy cerca de la línea máxima de normalidad aunque presenta elevaciones pronunciadas en esquizofrenia, psicostenia y baja en depresión y manía.

Es un sujeto que se aísla, se separa, se muestra insatisfecho, conciensado, muestra una cierta desintegración social y emocional, verstil, entusiasta, amplios intereses estéticos. Se puede mostrar franco e imaginativo emocionalmente se muestra sentimental.

Efectivo en la comunicación de sus ideas; muestra ser dispar consigo — mismo y tener conflictos internos, va desde esta cara hasta ser irritable, hostil, fanfarrón, quisquillosos y resentido, caprichosos, obstinado, desordenado e impulsivo. Inaginativo, presenta mal comportamiento y un comportamiento intelectual violento.

Sujetos con este score se describen a si mismos como bien constituidos preocupados e individualistas emprendedores, aventureros y amorosos.

La mezcla de las escalas 7 y 8 nos dan rasgos de personalidades introspectivas, ensimismadas, son generalmente personalidades crónicas con sentimientos de inferioridad largamente resentidos.

Inseguro, su rica fantasía está ligada a problemas sexuales. Sus dificultades emocionales interfieren al juzgar a otros y aparece falta de sentido común en los problemas diarios.

No integra sus conocimientos no utiliza experiencias pasadas.

C.B. 19 años Sexo: femenino Estado civil: soltera Ocupación: estudiante.

Datos de la entrevista:

Es una persona con un aire distraído, jugetón, infantil. Mal arreglada, nerviosa, insegura aunque coopera en la entrevista.

Busca empleo para salirse de su ambiente familiar, en el que no encaja a pesar de ser un ambiente normal se separa de sus hermanos y forma un mundo aparte.

Cursa tercer año de Economía, con buen promedio aunque su capacidad intelectual es baja. Ha estudiado también dibujo.

No ayuda a sus padres cuando trabaja, ni recibe nada de ellos extra.

Se da a sí misma pequeñas metas a ver si es capaz de superarlas.

Le gusta la literatura y la música y practica actividades religiosas.

Se rebela interiormente a órdenes recibidas. Es violenta, sufre cambios de humor.

No mira de frente, sus ojos dan sensación de rigidez.

Resultados de la prueba:

1' 3' 2' 68774 - 5 6: 19: 6

Su perfil se eleva a 85 tor en hipcondría, 80 en histeria y 75 en depresión, siendo estos los tres picos más altos del perfil.:

Escala 1. (hipcondría) Nos muestra su baja capacidad intelectual, dificultad de expresarse, dificultad de adaptarse, falta de autoconciencia, aislamiento, pletismo, desordenada, fría, mal genio, insatisfecha, egocéntrica y narcisista.

Al ver la relación de sus puntajes en las escalas 1 y 2 nos muestran rasgos depresivos, malas relaciones con el sexo opuesto, bloques.

En las relaciones de las escalas 1 y 3 que es resultado de la selección de ítems somáticos nos indica negativismo, angustia social, nos muestra problemas en la estabilidad emocional y envuelve una probabilidad de problemas mentales.

Aunque el sujeto no parece mostrar dificultades emocionales, necesita de un gran esfuerzo para controlarse y reprimirse.

Le falta autocrítica, que hace que transforme su visión del mundo y de otros (centrada en sí misma, rasgos neuróticos, dependiente, apática, excéntrica, ciertos impulsos autodestructivos).

En áreas de agresión se muestra hostil y sin autocontrol.

A.N.A. 19 años Sexo Masculino Estado civil: soltero Ocupación: estudiante

Datos de la entrevista:

El sujeto es el menor de tres hermanos, de una familia de la clase media pertenece a un grupo intelectualoide, aunque su cultura general es baja. Cursa el segundo año de la carrera de Derecho, es un estudiante irregular.

Se presenta a buscar empleo, se comporta nervioso, con aire de superioridad pero se angustia a las primeras preguntas que no puede responder. Se tranquiliza cuando se le indica que puede fumar, y lo hace con exceso. Ya ha trabajado y esto le da seguridad.

Es una persona influenciable y sumisa.

Se muestra cooperador en la prueba, aunque la escala de validez L, se eleva a 73 ton, que nos indica que el sujeto puede haber ventido en la selección de los items.

Resultado de la prueba:

8 57324 - 196 X 11: 22: 7

Es un sujeto amable, balanceado y decidido, aunque contrasta con senti-
mientos de autodestrucción, tranquilo, centrado en si mismo, de estrechos in-
tereses.

Tiene problemas relativos a la falta de autocia, bajas calificaciones, diferencias con sus padres y baja capacidad intelectual.

CONCLUSIONES

Hay autores, que exponen la adolescencia como una crisis, nosotros sostenemos que es una crisis existencial, en la que desempeñan una importante función las hormonas y la personalidad profunda que llamamos tipopsique: rige la afectividad, impulsividad y los ritmos del cuerpo. Nosotros pensamos que no es solo una crisis endocrínica, aunque esta influencia es muy importante y es suficiente para crear una crisis en el adolescente. En el material de casos estudiados podemos observar un 21% en los que los procesos físicos ocupan un papel importante en el diagnóstico.

El niño después de su fase egocéntrica sufre una alteración, en su cosmos tiene sus propias vivencias espaciales, su vivencia del tiempo no tiene concepto de finitud, no vive el tiempo como una sucesión, no se da cuenta de que es un ser hacia la muerte, tiene una vivencia estática del tiempo.

El mundo del hombre, es el mundo de las cosas de objetos y de valores, el hombre se da cuenta de que existe con otros y que el no es el centro, se da cuenta que no es nada, que tiene que realizar valores y tiene por tanto que cambiarlos.

La adolescencia está caracterizada por el paso del mundo del niño al mundo del hombre. Observamos en los casos Nos. 8, 10, 12, 16, 22 como se presenta este descubrimiento, creando una crisis existencial, el 30% del número total de casos.

Vemos rasgos infantiles con una frecuencia de 35% del total de casos.

La adolescencia es el proceso por el cual el hombre se personaliza despersonalizándose. Esta despersonalización se presenta cuando se rompe la unidad ;

Jaspers nos señala que la unidad está basada en cuatro aspectos: en primer lugar tengo conciencia de la sucesión de mis actos, conciencia de la identidad, conciencia de la ejecución y conciencia de la realidad. Esta despersonalización se muestra como factor elevado en los diagnósticos presentados (60%). Si algunos de estos factores serompe, se presenta la despersonalización.

El adolescente sufre la despersonalización cuando se ve ciertos cambios somáticos, es un fenómeno de extrañamiento, podemos observar este fenómeno en los casos Nos. 13 y 13.

Cuando el adolescente se pregunta si él es él, este sentimiento, hasta cierto punto patológico, no es duradero, de ser así cae en la esquizofrenia o la neurosis, corre a al suicidio. (40% de los casos presentados).

Es el fenómeno de despersonalización lo que hace sentir con agudeza o mayor intensidad la problemática existencial. El mundo del adolescente es un mundo de cosas de realidades específicas e in'ividuales a la vez y de valores o formas de realidad dignitativa, de ideales jerárquicas que dan el sentido de dignidad a la propia existencia, (ver casos Nos. 12, 20 y 22).

Este mundo de cosas y de valores precisamente es el mundo del hombre. La mejor definición de la llamada crisis de la adolescencia es : un extrañamiento de sí mismo como consecuencia del mundo del hombre.

El adolescente se ve a sí mismo como un sujeto ligado a valores y cosas en función de las cuales debe realizar su propia existencia.

El adolescente descubre que es un ser lanzado en la existencia, que el hombre necesita estarse haciendo.

En el adolescente la vivencia de la angustia existencial es la que le inpide reflexionar y resolver sus problemas existenciales, esta crisis de angusta

tia, soledad y extrañamiento es la crisis de la adolescencia, una despersonalización transitoria (se presenta esta problemática con una frecuencia del 50 % de los casos presentados).

Al estudiar al adolescente no podemos olvidar que el hombre es un compuesto de cuerpo, psique y espíritu, no estudiándolo en la diferencia entre estas esferas sino en la unidad del ser.

El adolescente, como ser humano, tiene una finalidad superior a si mismo, ya que ha recibido el ser y por lo tanto no puede estudiarse sino a través de esa dimensión que constituye precisamente su humanidad, ya que al dividirlo re-manos su dignidad.

En resumen, hay que estudiarlo como un individual concreto, ver la formación de su problemática personal, para que pueda captar y realizar valores.

- Introducción:* Exámen del desequilibrio psíquico.
- Capítulo I* El cuestionario psicológico como técnica de investigación de intereses y propósitos y como diagnóstico psicoclínico de la personalidad.- preparación del cuestionario.- cuestionario psicológico.- validez del cuestionario.- métodos de calificación.- confiabilidad del cuestionario.
- Capítulo II* El cuestionario como técnica de diagnóstico psicoclínico de la personalidad.- el Inventario-Multifásico de la Personalidad de Minnesota como cuestionario individual de diagnóstico psicoclínico de las inclinaciones psíquicas y las pulsiones de la personalidad.
- Capítulo III* Las escalas básicas de la personalidad.- Hipocondría.- de presión.- histeria.- psicopatías.- paranoia.- psicostenia.- esquizofrenia.- mania.
- Capítulo IV* Psicosis y neurosis.- psicosis.- división.- neurosis.
- Capítulo V* El perfil Multifásico de la Personalidad de Minnesota.- instrucciones al sujeto.- calificación.- interpretación.
- Capítulo VI* Casos aplicados.
- Conclusiones.*