

75
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ANALISIS CRITICO DE LAS TESIS REALIZADAS EN EL AREA CLINICA DE LA
FACULTAD DE PSICOLOGIA DE LA UNAM SOBRE ESQUIZOFRENIA

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTA ILSE GRACIELA MANDUJANO WILD

ASESOR DE TESIS: LIC. MA. CRISTINA HEREDIA ANCONA

DIRECTOR DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA: MTRD. JAVIER URBINA SORIA

MEXICO, D.F. 1991

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

A MI HIJO VICTOR MANUEL
MI RAZON, MI FUERZA, MI LUZ,
POR HABERLE DADO SENTIDO Y
VALOR A MI VIDA

A MIS PADRES CARLOS E ILSE
Y A MIS HERMANOS CARLOS,
LILIA Y ROBERTO, POR SU
EJEMPLO, SU AYUDA INCONDICIONAL
Y SU CARINO

A MI ESPOSO MANUEL,
POR SU ESTIMULO, SU
APOYO Y COMPRENSION

A MI ASESORA
MA. CRISTINA HEREDIA ANCONA
POR SU ORIENTACION EN MI
LUCHA POR SUPERARME

A MIS SINODALES
POR SU GUIA

A TODOS MIS MAESTROS

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I MARCO TEORICO DE ESTA INVESTIGACION

CAPITULO II METODO PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACION

CAPITULO III RESULTADOS

3.1 Análisis del contenido de las tesis

3.2 Análisis cuantitativo

CAPITULO IV DISCUSION, CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

BIBLIOGRAFIA

APENDICE

I N T R O D U C C I O N

En los países desarrollados como Estados Unidos, Francia, Rusia, etc., existe un gran apoyo económico y tecnológico por parte de los gobiernos para realizar investigación. Sus instituciones cuentan con la infraestructura necesaria para efectuar sus trabajos en las condiciones más favorables.

En México, apenas hace unos cuantos años se reconoció la necesidad de auspiciar este tipo de estudios y ha sido muy lento el desarrollo que se ha tenido en este sentido, principalmente debido a los limitados presupuestos disponibles para tal efecto.

Por ello, se hace necesario que aquellos privilegiados que tienen oportunidad de realizar investigación científica en nuestro país, lo hagan apegándose rigurosamente a las técnicas más actualizadas y preparándose concienzudamente para así dar un aporte útil a nuestra comunidad.

Las ciencias sociales han sido todavía más desafortunadas en este sentido que las ciencias exactas, especialmente la psicología clínica, que además de tener una particular dificultad para cumplir con los lineamientos de la metodología experimental, debido a que su objeto de estudio, la conducta humana, es un objeto abstracto y difícil de controlar y al uso generalizado de instrumentos que ofrecen resultados más cualitativos que cuantitativos, lo cual obstaculiza su estandarización, tiene otro problema: que los psicólogos clínicos, especialmente los egresados de la Facultad de Psicología de la UNAM muchas veces desconocen otros tipos de metodología existentes, debido a que en los programas de estudio generalmente se pone mayor énfasis en la metodología experimental, olvidándose de que existen otras.

Afortunadamente existen en esta facultad importantes investigadores que buscan una solución a este problema, entre ellos la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo y la Lic. Ma. Cristina Heredia Ancona, quienes crearon un instrumento basado en los parámetros de Susan Pick y Ana Luisa López en su obra "Cómo investigar en ciencias sociales", cuyo objetivo es analizar el tipo de metodología que se emplea en la realización de las tesis de la Facultad de Psicología de la UNAM en el Área Clínica, mismo que se usa en esta tesis, buscando hacer un estudio de cuáles son los métodos más usados específicamente en los trabajos realizados entre los años de 1963 a 1986 sobre esquizofrenia y se pretende hallar nuevas soluciones para el problema antes descrito.

A continuación hablaremos sobre el marco teórico sobre el cual está basado este trabajo.

MARCO TEORICO

Investigar no es unicamente hacer estadística, y no con esto se desea despreciar la importancia y utilidad de la estadística en la labor científica, sino por el contrario se le considera como una herramienta indispensable para ella. Sin embargo, queremos hacer un énfasis en otros aspectos de la investigación, como serían sus orígenes, sus métodos y prácticas, el significado de los datos y la teoría y la curiosidad del científico. Esto se debe a que como lo hemos mencionado en la introducción, la psicología clínica tiene dificultades para el manejo metodológico de su información, por ser una materia que trabaja con algo tan intangible y abstracto como puede ser la mente humana.

Comenzaremos hablando de la curiosidad del científico. Un científico verdadero observa, busca las causas y se va hasta el fondo de los problemas y muchas veces un error o una casualidad llevan al científico a un descubrimiento asombroso.

A partir de la observación surge una hipótesis que guía al científico a realizar un experimento en busca de la comprobación o negación de esta hipótesis.

Muchas veces el trabajo de un científico parece desorganizado y desconcertante, porque no está el investigador pensando cuáles son las leyes que desea probar con su experimento, sino que algún evento ha despertado su curiosidad y él desea conocer a fondo las causas e implicaciones de dicho evento.

La metodología científica, para ser de utilidad, debe ser un conjunto general de principios que guíen, pero no limiten al investigador. Es imposible para un científico predecir todos los acontecimientos que pueden tener lugar, por lo tanto, debe realizar su investigación cuidando el planeamiento y ejecución de su trabajo, pero no vincularse tan rigidamente al plan, que sea incapaz de ver los descubrimientos accidentales que puedan producirse. Su actitud debe ser relajada, no rígida, pero alerta en la investigación. El científico verdadero no se empeña en probar algo, sino que deja que los datos lo guíen. Skinner ha advertido que la ciencia es "la búsqueda del orden de la uniformidad de relaciones sujetas a leyes entre los acontecimientos en la naturaleza". Comienza con un hecho único y cuidadosamente observado y procede, eventualmente, a la enunciación de una ley general.

El fin de la ciencia es la comprensión y control de lo que

constituye su objeto de estudio, aunque hay algunas ciencias que no están en posibilidad de controlar aún su objeto de estudio. Estas son las ciencias descriptivas. Describir y predecir son otros de los objetivos de la ciencia.

Subyaciendo a toda ciencia están la observación y la medida, que facilitan una descripción de los fenómenos y un medio de cuantificarlos de manera que sea posible efectuar tratamiento experimental. Puede decirse que los dos fundamentos críticos de la ciencia son la observación y la experimentación y que la medida proporciona un modo significativo de ordenación y tratamiento de los fenómenos. El fin último de la ciencia es obviamente la ordenación de los hechos en leyes generales y consistentes, a partir de las cuales sea factible predecir, pero - y esto es ineludible- el punto de partida científico está en la observación.

La ciencia es un equilibrio entre la observación y la experimentación, pues la primera es la reunión empírica sobre los hechos y la segunda es el razonamiento activo de estos hechos, la manipulación de los mismos para derivar otros conocimientos posteriores. Supone también la observación ulterior bajo condiciones experimentales controladas.

Ahora bien: existen ciertamente problemas en la observación y en cualquier estudio del observador, pues según el principio de indeterminación, para estudiar un acontecimiento, el observador tiene que interferirse con su desarrollo natural. Como resultado, el científico no puede tener al mismo tiempo toda la información importante que precisa.

En psicología clínica este problema es particularmente importante, debido a que al interrelacionarse con el sujeto, el investigador está influyendo directamente en su comportamiento.

Una de las cualidades de la observación científica es su cualidad de "repetible", es decir, que otros observadores sean también capaces de verla y registrarla, uno de los problemas básicos de la psicología clínica ha sido la falta de un lenguaje universal de datos al cual referir las observaciones y en el que estas puedan expresarse. Por ejemplo es diferente hablar de una personalidad alterada y de una desviación de tres grados en una aguja. El margen de error en la primera descripción es grande, mientras que en la segunda es mínimo.

Sin embargo, la ciencia comienza con la afirmación básica de que los fenómenos de la naturaleza (incluyendo la conducta) son ordenados y están sujetos a leyes y el objetivo del científico es buscar el orden y semejanza.

Lo que caracteriza al método científico es la búsqueda de consecuencia y orden dentro de los hechos. El registrar es, sin duda, el primer paso crítico, pero finalmente, la ciencia tiene que descubrir las semejanzas entre las variables y su relación funcional. Comenzando con un hecho aislado el científico trata de

hallar más y más información que vinculará los fenómenos en un orden significativo y consistente.

La ciencia se convierte así en un lenguaje para describir la naturaleza. Comienza con una declaración de fé y con el supuesto de que el mundo está sujeto a un orden y de que los fenómenos del mundo se hallan vinculados a leyes y son comprensibles. Esto no es menos cierto en lo que se refiere a la psicología y al conocimiento de la conducta, que en lo que se refiere a la física o a la química.

Una ley se define como una serie de conocimientos de hechos agrupados en un cuerpo consistente, a partir de los cuales es posible hacer predicciones, pero es evidente que ninguna predicción es completamente segura, porque no es posible conocer todas las variables que actúan en una situación determinada. Todo lo que se pide a la predicción es que este basada en una ordenación sujeta a una ley, de los fenómenos y que prediga lo más exactamente posible lo que sucederá en un fenómeno futuro dentro de un margen de incertidumbre.

Esto introduce el concepto básico de probabilidad, que es fundamental para el método científico. Esto es, la posibilidad de que se produzca un fenómeno. Se está ponderando la probabilidad de que si se maneja "X" de cierta manera "Y" se modificará de una determinada forma. la experimentación es un método para aumentar la probabilidad de que la predicción sea correcta.

Otro elemento básico en los comienzos de una ciencia sería la medida.

Underwood (Psychological Research; Applaton Century Crafts; N.Y., 1957; pag. 19) dice: "defendería la tesis de que la investigación en psicología incluye necesariamente la medición y que la rapidez con que la investigación abarque las conductas significativas depende de nuestra capacidad de dividir las en partes importantes que puedan ser medidas."

Esto significa que, por ejemplo, no es posible medir "el prejuicio", que es solamente un termino general que se aplica a un gran número de actividades. Sin embargo puede empezarse por analizarlo en sus aspectos importantes.

Las dos cuestiones básicas en la medida son:

- 1.- Existe el fenómeno?
- 2.- Si existe, en qué proporción

Hasta que los fenómenos subjetivos no se conviertan en mensurables y cuantificables, no podrán rendir más que una información insignificante. Los problemas de investigación, tales como los de la ansiedad y de la emoción, que han preocupado siempre a los psicólogos pueden ser más fructíferos cuando se les

trata en términos de cambio psicológico y es posible una medida de variación. (46)

A continuación presentamos una antología que forma parte de un programa de titulación realizado en la Facultad de Psicología de la UNAM, en la cual se discuten diferentes técnicas empleadas para investigar en psicología clínica.

El material que se incluye, representa las modalidades de investigación más comunes dentro de la psicología clínica en el momento actual. Ofrece al pasante de la carrera, la información necesaria para ubicar su proyecto de investigación en alguna de las alternativas metodológicas propuestas; considerando que los materiales presentados no agotan las grandes perspectivas de investigación en el campo de la clínica:

- METODO CLINICO
- ESTUDIO DE CASO
- INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA EN PSICOLOGIA CLINICA
- INVESTIGACION EN LA EVALUACION DE PROGRAMAS CLINICOS

M E T O D O C L I N I C O

INTRODUCCION

La constante preocupacion por dar una base cientifica a la investigacion en psicologia clinica tropieza frecuentemente con el problema de la objetividad, la que muchas veces se confunde y se plantea como la necesidad de establecer distancias entre sujeto-objeto de investigacion. La pretendida "neutralidad cientifica" del investigador despegado y ajeno al objeto, no sólo puede ocultar, sino lo que es peor, puede falsear los resultados de la investigacion. Esto resulta especialmente valido en la metodologia clinica, donde la razon de la existencia de dicho enfoque se fundamenta en la presencia de conflicto, carencias, ansiedad, elementos inherentes a la situacion humana pero que en el proceso de investigacion clinica ameritan ser explicitados y manejados en la adecuada dimension del trabajo clinico en sus diferentes modalidades; cuando se indaga (recoleccion de datos), cuando se integran para explicar el fenómeno en sí o cuando se plantea la transformacion o el cambio.

Es importante destacar también que la metodologia de investigacion en psicologia clinica ha corrido paralela a los desarrollos de las tecnicas de evaluacion, psicodiagnostica y psicoterapia; ha integrado sus aportes para constituir una modalidad de investigacion de los fenomenos clinicos en psicologia; a la vez que representa la praxis cotidiana del quehacer cientifico para enfrentar la demanda de ayuda de un paciente motivada por la carencia, dolor, desequilibrio, angustia, insatisfaccion o sintoma. De tal manera, constituye un modo de proceder, con orden para descubrir la verdad de la situacion abordándola a través de indagar, explicar, tratar (intervenir), o predecir los fenomenos clinicos.

Es precisamente en este punto, que el método clinico involucra en una unidad dinamica tanto al investigador como al investigado y prescribe un ejercicio de control, en cada uno de los momentos de la investigacion. Se trata de "controles" que permitirán explicar la cualidad de la relacion vivida, los elementos subjetivos involucrados, en otras palabras la "traduccion" del material, recuperando la cualidad afectiva que la situacion genera, como parte integral del proceso de investigacion.

UBICACION DEL ENFOQUE

El método clínico en psicología tiene sus raíces principales en varias tradiciones científicas, muy relacionadas con el surgimiento de la psicología: la clínica médica y el psicoanálisis; pero también puede considerarse que ha sido influido por los conocimientos derivados de la Gestalt, la topología, teoría de la comunicación, entre otras.

De la tradición médica toma el interés por la observación (bajo situaciones controladas), que conduce a integrar un diagnóstico, una intervención para modificar el campo alterado y en caso de éxito, cambiar el pronóstico. En el método clínico la observación conducirá a la agrupación adecuada de lo percibido en configuraciones significativas (categorías diagnósticas y de interpretación) esto es lo que se conoce como "juicio clínico".

El psicoanálisis ha ejercido su influencia con el conocimiento de la dimensión inconsciente de la conducta, la resistencia, la represión, lo latente que es, lo que no se ve ni se oye, pero se "deduce".

La gestalt ha aportado la comprensión y abordaje de la situación clínica como un todo en el cual el proceso de investigación involucra en una unidad dinámica al sujeto y al objeto de investigación.

La topología ha conducido a reconocer e incluir en la aproximación clínica al campo psicológico y sus leyes, tanto como el enfoque situacional.

De la teoría de la comunicación incorpora la complejidad funcional de los procesos sistemáticos, la metacomunicación, la inclusión de lo no verbal, actitudinal, etc.

CONCEPTUALIZACION

El método clínico "es una forma de proceder por parte de un psicólogo en una situación que emerge de un campo dinámico, que se estructura en torno a la existencia de dos partes, consultante (sujeto de investigación) y consultado (investigador), reunidos por el imperativo de la demanda o requerimientos del consultante y la oferta de servicios del consultado". (Situación clínica)Winkler, 1990.

Esta situación humana por excelencia, requiere de un encuadre o sea el marco o estructura que representará la constante sobre lo que ocurre el proceso o conjunto de variables.

Los elementos que constituyen el encuadre clínico son:

- 1.- El lugar donde ocurre y condiciones materiales del campo clínico
- 2.- Objetivos a alcanzar
- 3.- La forma en que se pretende alcanzar (procedimiento)
- 4.- Definición de expectativas de rol investigador- consultado- como del investigado consultante.

El encuadre provee las condiciones necesarias de confiabilidad, límites, y evita la ambigüedad y la arbitrariedad en el desarrollo del trabajo clínico.

C A R A C T E R I S T I C A S

La investigación en psicología clínica presupone fundamentalmente la constante recuperación e integración de todos los elementos de la situación clínica:

A - Presentación y seguimiento de la demanda clínica (individuo, familia, grupo o instituciones);

B - El investigador ante el fenómeno de estudios (nivel de formación, orientación teórica, objetivos, nivel de intervención);

C - El encuentro clínico en sí mismo (condiciones en que ocurre, los factores subjetivos o cualidad fenomenológica de la participación).

Se pueden distinguir cuatro momentos de actividad en la construcción del trabajo de investigación en este campo:

1.- La indagación.- Esta incluye la observación participante, la recolección de datos que puede darse a través de instrumentos o técnicas con diversos grados de control y aproximación al estudio de los fenómenos clínicos. En este aspecto el interés ideográfico de la investigación, privilegia las aproximaciones que permiten subrayar la cualidad compleja de los factores estudiados, su multicausalidad y variabilidad dinámica, tales como técnicas proyectivas, autorreportes, entrevistas clínicas, etc. Este tipo de procedimientos enfatizan una modalidad exploratoria de la investigación.

2.- La construcción teórica y la generación de las hipótesis clínicas.- Esta actividad relaciona el referente teórico con la explicación del fenómeno utilizando de igual manera en forma preferente concepciones integradoras para explorar y comprender la personalidad y su desarrollo, dando cabida a enfoques abarcativos y sistémicos para su comprensión. Este elemento de la investigación clínica, permite la construcción, validación y/o reorganización teórica, actividad fundamental en el desarrollo del conocimiento.

3.- La intervención clínica.- Presupone la inclusión de los desarrollos de exploración y evaluación; tanto como la

construcción teórica para operar, cambiar o transformar la cualidad de presentación del fenómeno clínico. Considera actividades tales como: orientación al desarrollo psicológico, psicoterapia, diversas modalidades de tratamiento, programas de rehabilitación dirigidas a personas, a la familia a instituciones y a comunidades.

Este momento de la investigación clínica plantea la inclusión y manejo de variables de operación por parte del clínico, con la idea de incidir en la forma de presentación del fenómeno. e introduce la modalidad experimental en su abordaje.

4.- La predicción.- Esta importante función de la actividad científica aparece en la investigación clínica representada por la necesidad de anticipar y planear acciones futuras con base en los resultados que arrojen los datos clínicos, a través de su interpretación y explicación teórica. Estos elementos de "juicio clínico" en el presente que hablan de transportarse a la dimensión temporal futura. Se trata de estudios de tipo confirmatorio que requieren de fundamentos de validez predictiva: en los que la decisión y anticipación clínica puede involucrar escenarios hospitalarios, penales, escolares, laborales o sociales.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Considerando el desarrollo de la psicología clínica en el momento actual, la metodología clínica ha extendido su unidad de acción; desde un enfoque más centrado en el individuo y la patología durante la primera mitad del presente siglo; al estudio de sistemas familia, grupos, comunidad, instituciones enfatizando cada vez más los aspectos preventivos en desarrollo y salud. También ha planteado consistentemente la necesidad de trabajar con marcos teóricos integradores que representen la variabilidad, riqueza y complejidad de las variables del investigador para enriquecer la validez y otorgar mayores significados a las ciencias del comportamiento.

Cuando se evalúa con los criterios de control de variables, confiabilidad y validez que destaca el método experimental exclusivamente, estos pueden no hacer justicia a toda la gama de intereses clínicos de investigación. Si el interés se coloca en la generalización, la replicabilidad y la obtención de leyes, normas y estándares o factores causales únicos, el método clínico no resulta la mejor opción.

Una recomendación que parece pertinente hacer, tiene que ver con lo señalado al principio de esta presentación, el investigador debe conocer la situación clínica que estudia, el nivel de aproximación requerido y la formación teórico práctica necesaria que demanda el nivel de investigación clínica.

ESTUDIO DE CASO

El estudio de caso ha representado desde siempre para el psicólogo clínico, como recurso metodológico, una de las principales bases en las que apoyará su quehacer profesional.

Ha sido desde tiempo remoto el método utilizado por diversas teorías de la personalidad, que considerando la importancia de lo individual, se han abocado al estudio exhaustivo del sujeto para establecer relaciones causales que han ido arrojando luz sobre los intrincados procesos inconscientes que constituyen la base de la personalidad y comportamiento del individuo.

Fundamentado basicamente en la observación directa detallada de un sólo sujeto es susceptible de diversas aplicaciones que irán desde la obtención de un diagnóstico, grados de intervención, decisiones terapéuticas y en cuanto a investigación se refiere, orienta al conocimiento de normas y patrones tanto individuales como grupales que esclarecen la dinámica de la conducta humana.

Sin embargo, con frecuencia dicho método será objeto de diversos ataques y posibilidades antagónicas al considerarlo poco "objetivo".

UBICACION DEL ENFOQUE

En el campo de la psicología clínica fue Gordon W. Allport quien enfatizó el interés por el estudio del individuo; a esta orientación centrada en el caso individual se le ha denominado "ideográfica".

El abordar el estudio de la persona, a través del método de caso clínico, se ha dado en diversas áreas de la psicología: personalidad, psicopatología, caso en el sistema familiar, grupal o comunitario, etc.

Si bien el estudio de caso estuvo en el pasado estrechamente ligado a descripciones literarias y correlatos fisiognómicos; en el presente, es un punto de partida útil para introducir la metodología experimental en la investigación clínica, ya que estimulan ideas y derivan inferencias que pueden dirigir la búsqueda de relaciones causales para una mejor comprensión de la situación clínica que motivó la utilización.

Las principales teorías psicológicas acerca de la génesis, desarrollo y tratamiento de los trastornos clínicos se han originado en informes detallados de casos; tal y como ocurre en las aportaciones de Freud, Meyer, Breuer, Rogers, etc.

CONCEPTUALIZACION

El estudio de caso es una aproximación hacia la comprensión

fenomenológica de la conducta humana y consiste en el informe de las observaciones acerca de una persona; tales observaciones involucran diversos grados de control, ya que utilizan descripciones de la conducta provenientes de diversas fuentes tales como: documentos personales, autorreportes, estudios longitudinales, entrevistas, pruebas psicológicas, registros anecdóticos, etc.

En psicología clínica el estudio de caso consiste en el estudio intensivo de un paciente, y dado que no utiliza controles experimentales los informes resultantes varían en el grado de subjetividad.

El enfoque ideográfico que lo sustenta, privilegia las descripciones detalladas de la personalidad destacando la manifestación de las "variables" en el individuo y la modalidad característica de su expresión.

CARACTERISTICAS

El psicólogo clínico utiliza frecuentemente el estudio de caso, como recurso metodológico para comprender y explicar la historia y comportamientos particulares de un sujeto en el curso de una o varias entrevistas. Observa sistemáticamente las reacciones espontáneas del sujeto y provoca otras bajo determinadas condiciones de control.

Es un estudio longitudinal de la conducta de un individuo en particular. Los estudios longitudinales implican repetidas observaciones del mismo sujeto o de los mismos sujetos, durante un período de tiempo relativamente prolongado.

En los siguientes casos existen tres elementos que deben ser congruentes:

- 1.- El enfoque sobre un sólo sujeto.
- 2.- El acopio de múltiples observaciones de la conducta, durante un período de tiempo relativamente prolongado.
- 3.- Examen de los resultados en busca de generalizaciones aplicables a otros miembros de la misma especie.

Con este tipo de diseño se puede investigar la evolución del comportamiento de uno o más sujetos en respuesta a uno o más tratamientos.

Por el hecho de emplear diferentes técnicas para la recopilación de datos, es necesario tener planeada la investigación, para así tener presente cuáles son los elementos necesarios de los que se obtendrá la información y qué manejo se le va a dar.

El estudio de caso o la investigación de caso se puede utilizar para:

- Estudiar trastornos clínicos poco comunes.

- Aplicar un tratamiento inmediatamente.
- Obtener la variabilidad de diferentes medidas de un individuo durante un tiempo determinado, o desde diferentes contenidos como puede ser: cognitivo, conductual o fisiológico.

TIPO DE INVESTIGACIONES DE ESTUDIO DE CASO

Existen diferentes tipos de investigación de casos como son:

- a) Estudio de caso no terapéutico.
- b) Estudio de caso de diagnóstico/evaluación
- c) Estudio de caso de intervención terapéutica

Estudio de caso no terapéutico.- Se utiliza en temas no clínicos como por ejemplo en cuestión del desarrollo, educacionales y biológicos. Para llevar a cabo este estudio se registran los hechos de uno o varios sujetos, durante un tiempo determinado. Además de los registros se pueden emplear autobiografías y biografías. Estos estudios que son descriptivos y no controlados han aportado información y datos importantes en áreas de la psicología y la educación.

Estudio de la evaluación de casos.- Tiene como propósito facilitar un ejemplo de aplicación de varios instrumentos psicométricos para el diagnóstico y la descripción de la conducta cognitiva y social. Están diseñados para explicar aspectos de un caso, donde pueden ser convenientes ciertas formas de medición.

Estudios de intervención de casos.- Estos estudios permiten evaluar la efectividad del tratamiento. El método con que se evalúan varía, dependiendo del caso. Pueden ser conceptualizados, generalmente, en el contexto de la falta de controles experimentales. Por esta razón pueden considerarse como pre-experimentales. Dentro de estos se encuentran los de tipo de ex post facto, donde el investigador casi no interviene.

DISEÑOS PARA EL ESTUDIO DE CASO

En los estudios de caso se hacen mediciones continuas para poder detectar sutiles cambios de conducta.

El experimentador examina una representación gráfica de la conducta observada y anota cualquier cambio en la misma como función del cambio de la variable independiente. Como el sujeto constituye su propio control y como las inversiones suelen ofrecer claras muestras del efecto de la variable independiente es posible demostrar un efectivo control.

Aunque los diseños con un solo sujeto utilizan muestras en extremo reducidas, no dejan de ser apropiadas en muchas situaciones de importancia clínica.

Una de las características importantes de los experimentos de caso único es que un diseño se establece para reducir las amenazas a la validez interna. Así tenemos que en la medición de la variable dependiente que se lleva a cabo durante varias ocasiones en diferentes fases del experimento permiten aumentar su validez. Normalmente los datos se recojen antes de la intervención y representa la línea base.

Una segunda característica relacionada con la evaluación repetida se refiere a la variación de la variabilidad del cliente a través del tiempo.

Un tercer rasgo de los diseños es la especificación precisa de las características de las variables que se dan durante un experimento: dependientes e independientes de la situación del terapeuta y del cliente.

Otra característica es la replicación de los efectos. Normalmente la validez interna se consigue mediante la replicación de los efectos en los distintos clientes.

Otra consideración importante es la flexibilidad del diseño en respuesta al cambio continuo de las medidas dependientes. Algunas veces los clientes individuales responden muy diferentemente al tratamiento.

Entre los diseños de investigación de caso único se encuentran los siguientes:

Diseños entre series.- Evalúan el cambio en las medidas del cliente en distintas fases de la investigación. En estos diseños, generalmente, la estrategia más común es A/B/A, donde A representa una fase de línea base y B un tratamiento diseñado específicamente para el sujeto.

Otra forma de diseños entre series es el de: diseños de tratamientos alternantes (DTA) y el diseño de tratamiento simultáneo (DTS). Ambos diseños permiten comparar dos o más intervenciones a través del tiempo.

Diseño de formas combinadas.- El investigador hace comparaciones entre cada serie y entre ellas. El diseño de la línea base múltiple es un ejemplo de esta estrategia. Incluye un elemento simple dentro de la fase y replica el tratamiento a través de los sujetos, las situaciones y las conductas.

COMPROBACION DE HIPOTESIS Y CONFIABILIDAD

En los estudios de un solo sujeto no hay comprobación formal de las hipótesis. Se plantea una hipótesis al inicio, pero al final el investigador se confía en la evidencia de sus datos.

Michael (1974) sostiene que los análisis estadísticos de los datos relativos de un solo sujeto son fuente de rigidez conceptual y distraen la atención de lo que debe ser el principal interés del investigador, a saber, el análisis de la conducta.

En un estudio de caso, aunque no se compruebe la hipótesis, es importante resolver el problema clínico implícito en ella. Cuando una variable independiente no surte efecto, se prueba otra hasta encontrar solución.

Los diseños con un sólo sujeto son flexibles y fomentan la comprobación de nuevas hipótesis.

Para que las investigaciones con un sólo sujeto sean más confiables se recomienda repetir los mismos procedimientos experimentales con diferentes sujetos.

ALCANCES Y LIMITACIONES

1.- La principal ventaja de este tipo de estudio, es que brinda información detallada sobre el desarrollo y las funciones psicológicas de los individuos en observación.

2.- Siendo una importante contribución en la búsqueda de variables y la posibilidad de sugerir hipótesis de investigación a comprobar; además el estudio intensivo de un paciente, familia y grupo; tiende a emplear la visión y comprensión de su conducta, dinámica y funcionamiento. El conocimiento que se obtiene a través del estudio de caso proporciona la base para el establecimiento de relaciones causales.

3.- Su principal limitación estriba en la carencia de condiciones de control y de "rigor científico" por la forma en que la conducta se observa, describe o evalúa y que es independiente de las condiciones de diseño experimental, lo que limita el alcance de situaciones de "objetividad".

4.- Otra de las limitaciones de este tipo de estudio, es la dificultad de llegar a generalizaciones, debido a que el efecto, de las manipulaciones de tratamiento produce diferentes efectos en diferentes personas.

LA INVESTIGACION EN LA EVALUACION DE PROGRAMAS CLINICOS

UBICACION DEL ENFOQUE

El importante desarrollo de la psicología clínica, sobre todo a

partir de los años 50s, se encuentra estrechamente relacionado con la confluencia de avances teórico-metodológicos y los movimientos sociales ocurridos; que en el campo clínico acarrearón nuevas y urgentes demandas de atención a la salud y al desarrollo psicológico; y la consecuente necesidad de replantear para definir un papel profesional más activo del psicólogo clínico.

Lo anterior contempló la integración de enfoques y desarrollos sistémicos (teoría comunitaria, desarrollos epidemiológicos) nuevas posibilidades de tratamiento (intervención de crisis, programas preventivos en fomento y cuidado de la salud, programas de rehabilitación, terapias breves, ampliación de abordaje institucional de los problemas clínicos) y en el campo de la investigación clínica la necesidad de abarcar la evaluación de programas.

CONCEPTUALIZACION

La evaluación de programas clínicos representa la necesidad de integrar, por una parte los avances teóricos de la psicología, con la solución de problemas que exige la ciencia aplicada. Del mismo modo, expresa la estrecha vinculación que se da entre la actividad de investigación y la aplicación profesional en el campo de la psicología clínica.

Es un intento por conceptualizar este aspecto de la investigación clínica, puede ser considerada como el procedimiento por el cual se aplican los desarrollos o descubrimientos científicos a la solución de demandas reales, atención y prevención de problemas y orientación al desarrollo de la psicología clínica. Si bien los programas clínicos han partido en su mayoría de instituciones de salud y su orientación fue más en el sentido de curar y /o rehabilitar ; actualmente han ampliado su radio de acción a instituciones educativas, laborales, a comunidad abierta (urbana y rural), a instituciones de reclusión etc..y su interés es cada vez más preventivo y social.

Podemos plantear dos niveles de investigación en programas clínicos; en ambos se parte de la investigación documental para analizar la literatura y los antecedentes teóricos e investigaciones con programas realizados previamente:

- 1.- Propuesta de programa.- Tomando como base la investigación documental precedente, se arriba a propuestas prácticas que se fundamentan en lo teórico.
- 2.- Evaluación de programa.- La investigación documental es el punto de partida que fundamenta una propuesta, la que a la vez concluye en la aplicación y la evaluación de resultados de un programa clínico.

CARACTERISTICAS

1.- En la propuesta de programa se trata básicamente de un análisis teórico, metodológico, que permita posteriormente diseñar programas de intervención acordes con las características particulares de la instancia.

Respecto a la evaluación de programas se debe tomar en consideración la importancia que representa el mejorar los servicios de atención psicológica por medio del diseño, establecimiento y operación de modelos de detección, diagnóstico e intervención.

2.- Tomando en consideración la importancia que representa mejorar los servicios de atención psicológica, se requiere diseñar programas de intervención acordes con las características particulares de la instancia y que esta permita proporcionar la información necesaria con el propósito de que se tomen, en su caso medidas correctivas pertinentes.

El enfoque debe centrarse básicamente en mejorar el tiempo, costo y beneficio; así como la eficacia, eficiencia y efectividad de la atención que se proporciona.

La aplicación y evaluación de programas clínicos debe contemplar en forma general todos los aspectos relativos a la infraestructura, organización, funcionamiento, impacto y calidad de servicios que proporcione. Deberá estar estructurada de tal forma que permita recoger datos directos y elaborar juicios de valor objetivos y concretos sobre la operatividad.

Los requisitos para llevar a cabo un programa son los siguientes:

- 1.- Revisar el programa institucional vigente
- 2.- Realizar el diagnóstico situacional que prevalece en ese momento en el servicio al cual va a ser dirigida la propuesta para conocer sus principales características y de ser posible identificar los problemas de mayor probabilidad de presentación.
- 3.- Disponer de la información suficiente para la recomendación de alternativas de solución factibles.
- 4.- Establecer comunicación previa con las autoridades o instancias correspondientes.
- 5.- Prever los recursos presupuestales y de apoyo administrativo.
- 6.- Elaborar el plan de trabajo y el cronograma de actividades.

El contenido del programa debe incluir los siguientes rubros :

- I.- Introducción
- II.- Marco conceptual
- III.- Justificación
- IV.- Objetivos: general y específicos o finales
- V.- Límites: de espacio, tiempo y cobertura de trabajo
- VI.- Funciones generales o actividades para la instrumentación o implementación
- VII.- Recursos : humanos, físicos, materiales y financieros
- VIII.- Niveles de responsabilidad: central, técnico, ejecutivo, operativo, etc.
- IX.- Diagramas de flujo (si esto se requiere)
- X.- Implementación del programa para su comprobación
- XI.- Analizar la información obtenida para integrar conclusiones, precisar problemas y establecer alternativas solución.
- XII.- Elaborar un informe completo de los resultados obtenidos y si es posible las medidas de control y evaluación futura.

El abordaje de estos puntos y la profundidad del estudio dependerá de los problemas encontrados , procurando obtener la información suficiente para conocer su origen, factores condicionales y probabilidades de solución.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Los alcances y limitaciones en la aplicación de programas clínicos dependen de aspectos relacionados por un lado con la formación profesional para el trabajo con programas tanto como limitaciones y/o posibilidades institucionales, administrativas, de recursos materiales y demanda de servicios.

INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA EN PSICOLOGIA CLINICA

El presente documento tiene como propósito destacar la importancia de la epidemiología en campos no convencionales e introducirlo al conocimiento de las tendencias y avances técnicos y científicos hasta la fecha logrados.

Se intenta que el profesional de la salud cambie su actitud hacia la aplicación de nuevas formas de contemplar la conducta humana en el continuo salud-enfermedad y tome conciencia de la necesidad de integrarse a equipos multi e interdisciplinarios y conjugar sus esfuerzos para el logro de objetivos previamente definidos con la participación activa de la comunidad.

Podrá definirse la epidemiología como una ciencia fundamentada como un método de raciocinio inductivo, que se utiliza en la investigación y solución de cualquier problema de salud que concierne a la comunidad.

La investigación epidemiológica en el campo de la ciencia de la conducta produce conocimiento que tiene los siguientes objetivos para una adecuada planificación preventiva:

OBJETIVO GENERAL

Determinar la magnitud y características de la situación de salud enfermedad mental de la población, para disminuir los índices de morbilidad y mortalidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Indicar cuál es la información necesaria mediante un sistema de vigilancia epidemiológica específica.
- Definir los subgrupos de la población a los que han de ser dirigidos los programas de intervención, señalando prioridades.
- Establecer una base de sustentación que permita definir la eficacia y el impacto de las intervenciones.

En virtud de que en la actualidad no se piensa ya en buscar una sola causa para la enfermedad y en todo el mundo se habla de multicausalidad, la investigación epidemiológica, como segunda acción importante se dirige a definir con metodología propia los diversos y cambiantes factores que condicionan el surgimiento, la persistencia, la expansión o el abatimiento de todas las alteraciones de la salud y que están siendo motivo de riesgo en el propio individuo y en su entorno.

Es imperativo tener conocimiento de la situación que en la actualidad prevalece para la atención psicológica y social de la población y cual es el impacto que los programas vigentes han tenido en el logro del mejoramiento de la salud, vista ésta como un derecho humano.

Por lo mismo se requiere realizar estudios de epidemiología aplicada para obtener información de la infraestructura que específicamente se dedica a la atención de los trastornos mentales y de la conducta; así como para alcanzar la transformación de los sistemas que cada día son más obsoletos, por nuevas técnicas y procedimientos que de acuerdo con los avances de progreso llevan mejores servicios de atención al individuo y la comunidad obteniendo de ésta su activa participación.

UBICACION DEL ENFOQUE

La epidemiología moderna debe enfocarse fundamentalmente a ampliar y profundizar el estudio de todos los factores y situaciones que intervienen en una complicada red de interrelación para determinar cualquier alteración de la salud, estos estudios podrían agruparse, según su aplicación de la siguiente manera:

GRUPO I

Enfermedades mentales y trastornos de conducta
Riesgos ocupacionales
Riesgos ambientales
Elementos que intervienen en la salud positiva: vigor, vitalidad, adaptación, ajuste y bienestar.
Efectos de nutrición, el ejercicio físico, el descanso, el recreo, las relaciones sociales y participación en la toma de decisiones.

GRUPO II

Determinación de grupos de alto riesgo: morbilidad, mortalidad, años de vida potencialmente perdidos (AVPP), incidencia, prevalencia y distribución, demografía.
Investigación epidemiológica: estudios experimentales, de campo, evaluativo, participativos.
Indicación de medidas de prevención y control (vigilancia epidemiológica).

GRUPO III

Estudio de la infraestructura para la atención psicológica y social.
Estudio del impacto de los programas aplicados.

Investigación de diferentes formas y métodos de organización para determinar cuáles pueden mejorar la salud de la población. La transformación de los sistemas de atención mediante la aplicación de los conocimientos científicos y tecnológicos paralelamente al programa social. Estudiar los procedimientos para que se realice atención integral para la salud con la formación de un equipo multi e interdisciplinario (psicólogo, sociólogo, estadístico, etc.) Investigar cuáles son las características socio económicas y culturales de la comunidad para adecuar los servicios de atención y lograr su participación activa.

CARACTERISTICAS DEL METODO EPIDEMIOLOGICO

La epidemiología es una ciencia compleja por sus variadas conexiones y raíces, al nutrirse de las ciencias biológicas, matemáticas y sociales. El método usado no escapa a las leyes y principios generales de la ciencia. La descripción y el análisis constituyen dos fases del método epidemiológico; en la descripción se estudian los diversos y múltiples atributos y en el análisis se combina el método comparativo y el experimental y en el tiempo puede ser prospectivo o retrospectivo. Con el fin de establecer un diagnóstico y tratamiento: es análogo al método clínico, sólo que no toma individuos sino grupos o comunidades. La clínica contempla la enfermedad como un hecho que evoluciona en un individuo y la epidemiología como un fenómeno de masas, apoyándose en los complejos resultados del hombre que viven en sociedad.

PROTOCOLO DE LA INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA

1. Identificación del proyecto
 - 1.1 Título
 - 1.2 Nombre del investigador
2. Antecedentes y problemas
 - 2.1 Descripción del problema: describir en la forma más clara y sintética posible el problema que está generando la investigación y los antecedentes al respecto.
 - 2.2 Justificación: razones para llevar a cabo la investigación, mencionar la importancia que tiene realizarla explicando los argumentos necesarios.
 - 2.3 Revisión crítica de la información: comentar en forma sintética y ordenada el conocimiento y resultados existentes sobre el problema a investigar, de manera que ayude a explicar la orientación del método.
3. Objetivo
 - 3.1 Explicar los objetivos de la investigación incluyendo: a) objetivos inmediatos; que serán los logros observables al término de la investigación. Deben ser perfectamente medibles. b) Objetivos mediatos: básicamente se refieren a la importancia o a la aplicación que tendrán los hallazgos de la

- investigación.
4. Material y método
 - 4.1 Tipo de estudio: mencionar las características básicas que definen el tipo de estudio de acuerdo con los siguientes criterios:
 - a) de acuerdo con el periodo en que se capta la información
 - b) de acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado
 - c) de acuerdo a la comparación de las poblaciones
 - 4.2 Población, lugar y tiempo de estudio
Mencione el tipo de población y /o sujetos sobre los que se informan los resultados del estudio. Definir los límites espaciales donde se desarrollará el estudio, así como su duración. Mencione cuantos sujetos o unidades de estudio se requerirán en la investigación (tamaño y extracción de la muestra).
 - 4.3 Información que se va a recolectar
Mencionar y enlistar los datos e información requeridos para cumplir con los objetivos de la investigación (indicadores epidemiológicos).
 - 4.4 Instrumentos de estudio. Anexar cuestionario, encuesta, cédula, etc. donde se recolectarán los datos.
 - 4.5 Planes para la recolección de información: incluir organización del estudio, procedimiento, adiestramiento si es necesario, piloto si se llevó a cabo, entrevistas, etc.
 - 4.6 Planes para el análisis: selección de tasas a utilizar y justificarlas.
 5. Resultados: diseño de gráficas y tablas
 6. Discusión
 7. Informe epidemiológico
 8. Programa de intervención
 9. Referencias

ALCANCES Y LIMITACIONES

Algunas perspectivas de la epidemiología:

- Expandir el alcance y la intensidad de los estudios de las enfermedades y alteraciones de la salud.
- Apoyar el movimiento de la salud pública en relación con la prevención de las enfermedades.

- Determinar los grupos de población expuestos a riesgo.
- Obtención de datos estadísticos actualizados y confiables sobre morbilidad y mortalidad.
- Estudios experimentales para determinar las medidas de prevención más eficaces.
- Vigilar los resultados de los programas.

ALCANCES

- Evaluar el impacto de los programas.
- Estudiar el sistema de atención a la salud.
- Determinar mediante nuevas investigaciones las formas y métodos de organización para mejorar la salud en la población.
- Simultáneamente debe planificarse, mejorar o eliminar las limitaciones que impiden el adecuado desarrollo de la investigación epidemiológica clínica, dentro de las cuales se debe mencionar que aún no se dispone de los instrumentos apropiados ni de la metodología suficiente para estudiar de manera científica los factores sociales.

LIMITACIONES

- Insuficiente información estadística sobre algunos fenómenos biológicos, psicológicos y sociales que surgen en determinado momento histórico.
- Se observa con relativa frecuencia el efecto de episodios relacionados con catástrofes naturales y movimientos políticos en periodos de paz o de guerra que no han sido estudiados con profundidad y amplitud que merecen.
- La escasez de recursos humanos, materiales y económicos para consolidar una infraestructura que facilite llevar los servicios de atención para la salud mental a grupos definidos y población en general.
- Considerar en la curricula universitaria la impartición de una o más materias específicamente dedicadas a promover la formación de profesionales que tengan los conceptos actuales de la epidemiología y de la utilidad de su aplicación práctica en su campo de trabajo.

- Determinar los grupos de población expuestos a riesgo.
- Obtención de datos estadísticos actualizados y confiables sobre morbilidad y mortalidad.
- Estudios experimentales para determinar las medidas de prevención más eficaces.
- Vigilar los resultados de los programas.

ALCANCES

- Evaluar el impacto de los programas.
- Estudiar el sistema de atención a la salud.
- Determinar mediante nuevas investigaciones las formas y métodos de organización para mejorar la salud en la población.
- Simultáneamente debe planificarse, mejorar o eliminar las limitaciones que impiden el adecuado desarrollo de la investigación epidemiológica clínica, dentro de las cuales se debe mencionar que aún no se dispone de los instrumentos apropiados ni de la metodología suficiente para estudiar de manera científica los factores sociales.

LIMITACIONES

- Insuficiente información estadística sobre algunos fenómenos biológicos, psicológicos y sociales que surgen en determinado momento histórico.
- Se observa con relativa frecuencia el efecto de episodios relacionados con catástrofes naturales y movimientos políticos en periodos de paz o de guerra que no han sido estudiados con profundidad y amplitud que merecen.
- La escasez de recursos humanos, materiales y económicos para consolidar una infraestructura que facilite llevar los servicios de atención para la salud mental a grupos definidos y población en general.
- Considerar en la currícula universitaria la impartición de una o más materias específicamente dedicadas a promover la formación de profesionales que tengan los conceptos actuales de la epidemiología y de la utilidad de su aplicación práctica en su campo de trabajo.

Hasta aquí hemos analizado diversos tipos de metodologías que se pueden emplear en la investigación clínica en psicología. A continuación se describe la técnica empleada para analizar el tipo de investigación que usaron los realizadores de las tesis estudiadas en este trabajo. Este método está basado en los lineamientos marcados por la Dra. Emilia Lucio Gomez-Maqueo y la Lic. Ma. Cristina Heredia Ancona, ambas investigadoras y catedráticas en la Facultad de Psicología de la UNAM.

Se presentará una breve descripción de cada uno de los puntos que constituyen el instrumento con que se realizó esta investigación.

C A P I T U L O I I

METODO PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACION

Procedimiento.- Este trabajo de investigación se realizó de la manera siguiente:

En primer lugar se buscaron en la biblioteca de la Facultad de Psicología de la UNAM todas las tesis que trataban sobre algún aspecto del tema de la esquizofrenia. Resultaron un total de 30 tesis a lo largo de los años 1963 hasta 1986, que forman la muestra.

Posteriormente se revisó individualmente cada tesis para analizar los pasos que siguieron en su investigación y en qué clasificación entraban, registrándose en el instrumento. (Ver apéndice).

Después de esto se sacaron porcentajes de los resultados y se hicieron tablas para poder tener una visión objetiva.

En cuanto al trabajo teórico se tomaron como base los temas tratados en cada una de las diferentes tesis, es decir, las concepciones sobre esquizofrenia, su etiología, diagnóstico, tratamiento, pruebas empleadas en la investigación, y se hizo una pequeña descripción y exposición de cada tema.

Para mayor claridad sobre la forma en que se trabajó, presentamos ahora los pasos seguidos en esta investigación, de acuerdo al instrumento empleado en la misma:

I Identificación.- Esta es una tesis realizada en forma individual.

II Tipo de estudio.- Descriptivo.

III Objetivo.- El objeto de esta tesis es analizar el tipo de investigación que se está llevando a cabo en el Área Clínica de la Facultad de Psicología de la UNAM, específicamente sobre esquizofrenia y dar sugerencias para que en adelante se haga con mayor apego científico. Para ello se realizó una estadística de las tesis que sobre el tema se encontraron en la biblioteca de la Facultad de Psicología de los años 1963 a 1986, comparando los lineamientos seguidos en cada una de ellas con la sistematización empleada por seis investigadores destacados de otros países y con los expuestos por la Dra.

Emilia Lucio Gómez-Maqueo y la Lic. Ma. Cristina Heredia

Ancona, quienes crearon el instrumento empleado en este trabajo.

- IV Problema.- el problema que se busca resolver es la falta de apego a la metodología científica por los experimentadores y el desconocimiento de los diferentes tipos de metodología.
- V Teorías citadas.- Se han mencionado en los capítulos I y II un gran número de autores que hablan sobre esquizofrenia y metodología en psicología clínica, pero básicamente se trabajó sobre las concepciones de Susan Fick y Ana Luisa López en su obra "Cómo investigar en Ciencias Sociales".
- VI Población.- Todas las tesis que se encontraron en la biblioteca de la Facultad de Psicología de la UNAM.
- VII Muestra.- 30 tesis sobre esquizofrenia tomadas de dicha población y realizadas entre los años 1963 y 1986.
- VIII Instrumento.- Tabla de concentración de todos los puntos investigados. (Apendice).
- IX Forma de aplicación.- Individual.
- X Variables.- Discretas: Los pasos mencionados en los incisos I a XVI del instrumento.
Continuas: Los periodos en que se realizaron los trabajos 1963 a 1986.
- XI Hipótesis de trabajo I.- Qué diferencias existen entre la metodología utilizada en las tesis sobre esquizofrenia realizadas en la UNAM y las que se describen en el instrumento?
Hipótesis de trabajo II.- Qué
o e
Hipótesis de trabajo II.- Qué diferencias existen entre la metodología utilizada por investigadores de otros países sobre esquizofrenia y la que se describe en el instrumento?
- XII Pruebas estadísticas empleadas.- Frecuencias y porcentajes.
- XIII Presentación de resultados.- Tablas de frecuencias (Ver capítulo III).
- XIV Conclusiones.- Se presentan en el capítulo IV.
- XV Sugerencias.- Se presentan en el capítulo IV.
- XVI Bibliografía.- Se presenta al final del trabajo.

CAPÍTULO III

RESULTADO

3.1 ANALISIS DEL CONTENIDO DE LAS TESIS

En 1876 Kraepelin buscó un denominador común a síndromes aparentemente diferentes pero que tenían rasgos comunes, llevando a un estado similar de demencia.

Agrupó diversos síntomas mentales y afirmó que todos eran manifestaciones de una sola entidad patológica que denominó - "demencia precoz". Clasificó el trastorno en: simple, hebefrénica, catatónica y paranoide.

Kraepelin supuso que procesos mórbidos similares eran las causas de los diversos rasgos clínicos y que esas causas podrían ser una enfermedad degenerativa del cerebro o trastornos metabólicos que produjeran autointoxicación. Además, cualquier lesión en la célula grimal podía ser decisiva en su desarrollo. Las manifestaciones clínicas consisten en un debilitamiento de las reacciones emocionales, volitivas y desarmonía entre reacciones emocionales, volitivas e intelectuales.

Kraepelin nunca aceptó la posible explicación de los síntomas desde un punto de vista psicológico.

Euler no estuvo de acuerdo con la concepción de "demencia precoz", por no poderse comparar este con el deterioro extremo de los débiles mentales.

Notó que las reacciones psicológicas del enfermo hacia el medio ambiente son sumamente complicadas y definidas, diferentes por completo a las reacciones simples y elementales de un débil mental y por lo tanto la enfermedad era un estado inarmónico de la mente en la cual coexistían al mismo tiempo las tendencias, pensamientos y potencialidades más contradictorias, originando una división en la armonía de la personalidad.

Euler en 1911 propuso el término "esquizofrenia" (división de la mente) por ser ésta y la desintegración de la previa -- síntesis normal del pensamiento y la actividad las características más distintivas de la enfermedad.

Euler se opuso a la idea de que todas las manifestaciones patológicas de la esquizofrenia eran de naturaleza funcional.

Meyer en 1906 formuló la tesis de que la "demenia precoz" no es una entidad patológica, sino más bien un tipo de reacción que se presenta en ciertas personalidades, debido a una dificultad progresiva para adaptarse.

Esta desadaptación se comprende si se toman en cuenta las experiencias y los antecedentes vitales del enfermo y la suma de hábitos defectuosos de reacción conduce a un deterioro de dichos hábitos.

Para Meyer una condición inferior o diversas condiciones psicológicas de naturaleza física podían agregarse a la desventaja del sujeto, pero excluyó toda etiología orgánica en la esquizofrenia, pues no encontró alteraciones estructurales o fisiológicas en las neuronas.

Dentro de las reacciones esquizofrénicas, Meyer incluía "trastornos que se desarrollan en tipos constitucionales especiales y que se expresan en una fantasía vaga y autística, en --proyecciones, pasividad, sistematización paranoide, trastornos del lenguaje y la conducta, incongruencias en el afecto y trastornos en la capacidad del movimiento."

Actualmente se piensa que las reacciones esquizofrénicas dependen de la interacción compleja entre diversas fuerzas sociales y biológicas (fuerzas genéticas, diferencias cualitativas en la reacción madre-lactante, la naturaleza de las transacciones y la psicodinamia posteriores en la familia y oportunidades y causas de stress en la sociedad durante los periodos sucesivos del desarrollo).

Según Kallmann existe una predisposición genética a la enfermedad y el individuo predispuesto, posteriormente bajo la influencia de una compleja interacción de factores ambientales y constitucionales puede desarrollar la esquizofrenia.

Para los psicoanalistas, la esquizofrenia se origina en una -deficiente relación madre-lactante en los primeros periodos, -ya que la patología sugiere un aislamiento regresivo hacia la conducta emocional infantil y dificultad de percibir la realidad.

Gerald y Siegel consideran que la esquizofrenia es consecuencia del tipo de relaciones y actitudes familiares que han precedido el desarrollo del individuo.

Se ha comprobado que los esquizofrénicos en su niñez vivieron en el seno de un grupo familiar anormal, cuyos progenitores -padecían trastornos de su personalidad.

Batenson sugiere que los defectos esquizofrénicos de la comunicación, tienen su base en la transacción "doble lazo" entre dos personas. Es decir, un sujeto fijado a uno de sus padres que en sus comentarios surge una contradicción entre lo que dice y lo que hace, originando en el paciente una incapacidad para distinguir en forma adecuada como debe comportarse.

El origen de la timidez, la sociabilidad limitada, y la vice-encerrada del pre-esquizofrénico parecen radicar en los propios sentimientos de inseguridad, así como en la necesidad de una posición de dependencia, respecto a uno de los progenitores o ambos.

Meyer supone que la angustia generada por las situaciones sociales, puede transformarse en reacción esquizofrénica, sin descartar la importancia de la herencia. (6)

Para Hill, los procesos esquizofrénicos de asociación están bloqueados, según prohibiciones muy explícitas, contra la aparición de categorías específicas de pensamientos. Cuando estos pensamientos prohibidos se aproximan a la conciencia, son negados y reelaborados por símbolos seleccionados en forma regresiva. El paciente desarrolla una especie de idioma mágico y simbólico, tratando de expresar su sentido de la naturaleza de las cosas.

La perturbación afectiva aparece manifestada superficialmente en afectos inadecuados, en un afecto deficiente, en estallidos impredecibles de sentimientos al parecer no provocados -- por un estímulo exterior adecuado, pero según la tesis de Hill, el paciente es capaz de afectos muy profundos y dolorosos y adecuados a la situación como él la experimenta. Repri-me intencionalmente su expresión de sentimientos y evita los estímulos que provocarían esa expresión.

El término "esquizofrenia" es empleado por Hill como una ruptura, una disolución del yo, una contracción del yo, una invasión y dominio de abundante territorio antes perteneciente al yo, por parte de fuerzas normalmente excluidas de él.

El narcisismo no parece significar una opinión exaltada de sí mismo, sino la negación compensatoria del sentido de falta de valor e inutilidad, de sus cicatrices de profundas heridas y del temor de una inminente disolución.

Simultáneamente el paciente se orienta en el presente y en el pasado infantil.

El esquizofrénico ha tratado de comportarse como una persona normal, pero intentó con mayor empeño aún de mantenerse fiel a ciertos ideales, deseos y modos de ver infantiles, rela-

disminuir en esencia con el tiempo, siempre de que se precocidad por él, de suerte que se relacionan con el mantenimiento de la simbiosis infantil madre-hijo. Como resultado, la vida de esa persona se ha visto seriamente restringida, limitada e involucrada por las exigencias de los conflictos e impulsos conscientes e inconscientes de sus padres. Cualquier elemento productor de angustia contenido en el inconsciente de la madre - sea consciente o en preocupación del paciente para mitigar la angustia parental y disminuir así su propia zozobra.

Las historias de la vida de personas que llegan a ser esquizofrénicas, apoyan la creencia de que en general fueron siempre buenas, obedientes, respetuosas, cariñosas, etc. y además tuvieron numerosas dificultades: pesadillas nocturnas, succión de pulgar, onicofagia, anorexia, somnambulismo, problemas de alimentación. Sin embargo, una madre exigente por lo general dominó esas dificultades.

Este dominio materno causa un desesperado temor a la madre -- que impida toda expresión de hostilidad. Debe haber, por supuesto una gran carga de hostilidad. En este sentido, la conducta esquizofrénica puede apreciarse como vengativa en una forma algo taimada, pues el ataque directo a la madre es inconcebible, salvo en psicosis aguda. Todo el problema esquizofrénico puede apreciarse como el de un niño totalmente dependiente de una persona por la cual se siente perseguido y que en su opinión es inestable e insegura.

La posterior capacidad funcional de ajustar y mantener la integración, bien puede basarse sobre las condiciones más tempranas del crecimiento. Estas comprenden la actividad de la madre en la medida en que promueve u obstaculiza el desarrollo saludable del niño.

La madre es una presencia dentro del yo del esquizofrénico y constituye para él un problema de relación real, vivo, ineludible.

El resultado es desastroso para el hijo, pero no es esa la intención de la madre; su intención es sólo destruir lo que -- ella consideraría como la naturalidad, la maldad normal, la espontaneidad, la curiosidad inquisitiva, la audacia del hijo de suerte de mantenerlo bueno e ideal, completamente suyo. Numerosos esquizofrénicos parecen pasar su vida encarnando el gema fantasía de la madre (24)

La esquizofrenia, según E. Sigmund, es: "una desorganización de la personalidad de carácter grave, a veces con manifestación de síntomas psicóticos, afirmada en un defecto básico en la interpretación de la realidad". (2)

Sus características, son:

- 1.- En la distorsión del proceso del pensamiento
- 2.- Alteraciones del afecto.
- 3.- Alteraciones en los límites del yo
- 4.- Dificultad en las relaciones personales

1.- Distorsiones en el proceso del pensamiento.- En los esquizofrénicos existe disociación del pensamiento, el cual no sigue las reglas de la lógica, sino que se parece a la ensueño o al pensamiento infantil. Los pensamientos pueden ser - autísticos, condensados, muy simbólicos y raros.

El lenguaje parece una "ensalada de palabras" y su capacidad de abstracción verbal es muy deficiente. Hay pobreza de ideas y retardo en los procesos del pensamiento o superposición de ideas.

La alteración del pensamiento expresa delirios y alucinaciones.

En la esquizofrenia "lo inconsciente se ha hecho consciente". Habiendo regresado al primer plano "el proceso primario" y - las maneras arcaicas de pensar, estos mecanismos colocan a los esquizofrénicos en situaciones de extrañamiento.

En cuanto al contenido ideacional, los esquizofrénicos también expresan a menudo, con toda libertad, ideas que las demás personas reprimen profundamente. Tales como: El complejo de Edipo. Esto da la impresión de que el yo del esquizofrénico ha sido arrollado por sus poderosas exigencias institucionales que han logrado abrirse camino violentamente hacia la conciencia. Este arrollamiento del yo puede ser resultado, sin embargo, de una regresión defensiva.

En un intento de salir de una deliriosa realidad, el paciente se deja sumergir en un mundo de fantasías sexuales involucradas pero fracasadas, y los peligros de los cuales pretendió salir, vuelven con la "inundación" de impulsos infantiles.

Las alucinaciones son sustitutos de las percepciones, que se producen luego de la pérdida o menoscabo de la aptitud para la acción y juicio objetivos de la realidad. Se produce la -- proyección de acciones internas, que son sentidos como si se tratara de percepciones externas.

La razón verbal de las alucinaciones puede ser la de un "deseo inconsciente" a situaciones. Pero bien se sabe que la angustia que frecuentemente acompaña a las alucinaciones se debe a la percepción de una "falta de realidad" que ha sido repudiada.

Pero no es sólo una realidad repudiada lo que vuelve en forma de alucinaciones, es también un ello o un superyo, que han sido repudiados. Las alucinaciones no son solamente la expresión de la fuga del yo, sino también del fracaso de esta fuga, un retorno forzado, bajo la forma de proyecciones, de impulsos que han sido rechazados.

Los delirios tienen una estructura similar a la de las alucinaciones. Mientras los elementos de las alucinaciones se reducen a sensaciones percceptivas, los delirios se basan en estructuras sobre ideas más complicadas, y a veces sistematizadas. Pertenecen a veces al tipo de la realización de deseos, pero la mayor parte de las veces son penosos y atemorizantes. Si bien representan un intento de reemplazar las porciones perdidas de la realidad, contienen a menudo elementos de la realidad repudiada, que a pesar de todo regresan, y parte de los impulsos rechazados, al mismo tiempo que exigencias proyectadas del superyo.

Los conflictos sobre homosexualidad son hallados en la mayor parte de las esquizofrenias paranoides. La homosexualidad representa, por así decirlo, un estado intermedio entre el amor a sí mismo y el amor hacia el objeto heterosexual. En la regresión al narcisismo, la etapa de la homosexualidad constituye un punto intermedio en el que aquella puede detenerse temporarilymente, y una persona que ha regresado a la etapa del narcisismo y se esfuerza por recuperar el mundo de los objetos y volver a él, puede no retroceder más allá de la etapa homosexual.

El paranoico se defiende de las tendencias homosexuales mediante la negación y la proyección. "Yo no lo amo, lo odio", - es lo que según Freud dice primeramente el yo, en actitud de autodefensa; luego la proyección convierte al "lo odio" en un "me odia". De este modo, su propio odio es relacionado con este contenido: "Lo odio porque me persigue". La persecución - representa la tentación homosexual. La destrucción de la función del juicio de realidad da a esta infructuosa defensa contra la tentación homosexual su carácter de delirio.

Son extremadamente sensibles a la crítica y el conocimiento de críticas efectivamente existen, pero insignificantes, les sirve de base real para sus delirios (19).

3.- Alteraciones del Yo. - "Seguimiento" significa haber perdido en una vida específica, y la adicional, es decir, sobre el afecto y el sentimiento no armonizan con el pensamiento. Sus reacciones reflejan afecto inadecuado, como rigidez, apatía, retraimiento y ensañación en sus procesos afectivos. (6)

El niño una vez que ha perdido su sentimiento de omnipotencia, cree que los adultos son omnipotentes y se esfuerza por alcanzar la unión con ellos. Los individuos primitivos pueden llegar a un grado de éxito, la negación libre y plena de la pérdida de su omnipotencia y la conservación y recuperación de la función "occasional" de manera tal que el mundo objetal, una vez llenada su función de procurar satisfacción, dessecaráse nuevamente.

Estos individuos reaccionan a toda herida narcisista, en su vida posterior, tal como trataron de reaccionar a la primera de todas ellas, es decir, al percibirse de que no eran omnipotentes. Muestran la herida y, con propósito de ecodependencia, acrecientan su autoestima. Una regresión al narcisismo, - para estas personas, es también una regresión a la omnipotencia narcisista primaria, que hace su aparición en forma de megalomanía.

Tanto en las personas normales como en los neuróticos, un objeto perdido puede ser reemplazado por una identificación con el mismo: el yo, luego de hacerse semejante al objeto amado, se ofrece al niño. En personas que tienen la posibilidad de regresar a la omnipotencia narcisista, la semejanza con el objeto es reemplazada por el sentimiento de ser más admirable que cualquier objeto. El amor a los objetos es sustituido por el amor a sí mismo, y la sobreestimación de que se hace objeto - habitualmente a la persona amada, es dirigida a la persona amada es dirigida al propio yo. El paciente no sólo se siente inclinado a creer nuevamente en su omnipotencia, sino que pugna incluso entregarse a un apasionado amor profesado a su propia persona y fantasear con un coito consigo mismo. Este tipo de amor hacia sí mismo no corresponde al estado primario anterior a la exigencia de todo objeto, pero apunta hacia el "narcisismo secundario", en el cual los objetos han sido nuevamente reemplazados por el yo.

El hecho es que los pacientes creen realmente en sus sueños - diurnos narcisistas, que se transforman en delirios, haciendo - que la persona se crea rey, presidente o Dios, se debe a la pérdida de la aptitud para el juicio de realidad. (19)

3.- Alteraciones en los límites del yo.-El esquizofrénico tiene dificultad para diferenciar entre los estímulos interiores y exteriores, así como entre la realidad y la fantasía. Desconoce donde termina su "yo" y comienza la realidad exterior. (2)

Freud afirma que el yo se identifica con una cosa corporal, sea parte o totalidad del cuerpo mismo, la imagen del cuerpo es el núcleo del yo. Las sensaciones apropiadas de este núcleo de la esquizofrenia demuestran que, con la alteración regresiva del yo, este núcleo aparece una vez más y se altera de nuevo.

Los síntomas corporales de la esquizofrenia incoherente no tienen necesariamente el carácter de sensaciones intencas. Constan, con igual frecuencia, en una liberación de feite de sensaciones. Algunos órganos, o áreas corporales, o el cuerpo en su totalidad, son percibidos como si no pertenecieran a la persona, o por lo menos como si no fueran del todo que realmente son.

Tanto el aumento como la disminución de las sensaciones corporales alteran necesariamente la imagen corporal del paciente, provocándole una sensación de extrañeza.

En la despersonalización son reprimidos los sentimientos o -- las ideas afectadas de una sobreexigencia.

Las experiencias de extrañamiento y despersonalización se deben a un tipo especial de defensa, a saber, una contracataxis dirigida contra los propios sentimientos que han sido alterados e intensificados por un previo aumento del narcisismo. Las consecuencias de este aumento son percibidas con disple-- cer por el yo, que por ello toma medidas defensivas contra -- las mismas. Estas medidas defensivas consisten a veces a una retracción reactiva de la libido, pero por lo general se estructuran mediante una contracataxis.

Tenemos en la despersonalización dos clases de tendencias anti-conflicto, a saber, las tendencias hacia y en contra de los -- sentimientos que surgen de las sensaciones corporales. "el -- órgano revestido de la catexis narcisística es el más expuesto a la despersonalización. (19)

4.- Dificultad en las relaciones personales.- El esquizofrénico muestra gran incapacidad para establecer buenas relaciones personales, sus afectos son ambivalentes y carecen de control sobre sus impulsos hostiles. Además se caracteriza por la -- envidia, que es la incapacidad de experimentar placer, tanto real como social, desconfianza e ideas de rechazo. (20)

Muchos pacientes esquizofrénicos son capaces de reacciones de transferencia muy repentinas e intensas, tanto reacciones in-- ternas como sensuales u hostiles. El carácter fugaz y nada -- sólido de todas estas reacciones demuestra que los pacientes -- abandonando su estado narcisista, están realizando un intento --

de haber iniciado en el curso de la vida, pero que se ha desarrollado en forma de ataques breves y por cortos períodos de tiempo, en intervalos considerable que intermite con los períodos de remisión al tener un período ligeramente los objetos. Las numerosas y diversas manifestaciones sexuales de los esquizofrénicos, que constituyen una verdadera psicopatología de los dos niveles del desarrollo individual, parecen ser otros tantos intentos de recuperación de esta índole. El carácter específico de estas manifestaciones se determinado por puntos secundarios de fijación escaionados entre la primigenia, decisiva fijación narcisista y la primicia genital. (17)

A) DIAGNOSTICO

Se han establecido diversas clases de esquizofrenia. Esta clasificación se ha hecho en base a las diferentes manifestaciones de esta enfermedad.

a) Esquizofrenia Progresiva.- Entre los individuos que podrían ser ubicados aquí, se encuentran aquellos en quienes el comienzo de la esquizofrenia ha sido precoz, aunque lento e insidioso y por lo general su pronóstico es grave.

c) Esquizofrenia Reactiva.- A esta clasificación pertenecen aquellos pacientes en los que el comienzo de la enfermedad ha sido más reciente, a menudo precipitado por algún acontecimiento compulsivo. En general tiene buen pronóstico.

c) Esquizofrenia Simple.- Se caracteriza por apatía, indiferencia, retraimiento y falta de ambiciones. No suele haber muestras de deformación de la realidad. Son indiferentes e irresponsables. Frecuentemente aparece en la etapa de la adolescencia.

d) Tipo Hebefrénico.- Se caracteriza por máxima simpleza y conducta inadecuada. Su comienzo es insidioso y precoz, generalmente durante la adolescencia. Es dislocamiento de la personalidad final, es mucho mayor que otras formas de esquizofrenia. Se pueden presentar extraños delirios y alucinaciones con alteraciones del lenguaje y la conducta. (8)

En la hebefrenia puede observarse la pérdida de el mundo de los objetos o la pérdida de todo interés en éste, libre de toda complicación, acosada por los conflictos, el yo no emprende ninguna actividad conducente a defenderse, "se deja estar". Si el presente es displacente, el yo se sume en el pasado. Si una forma de vida más diferenciada se hace demasiado difícil es abandonada a cambio de una existencia que ya es meramente vegetativa. (19)

el Tipo Paranoico.- En este tipo de esquizofrenia se presentan delirios de persecución o de grandiosidad. El comienzo ocurre en un período posterior, comparándolo con los otros tipos de esquizofrenias y se anuncia por un período de hipochondría.

En general, hay menos deterioro y desorganización de la personalidad que en las otras formas. (18)

El paciente siente que es controlado, influido, criticado, es llamado a rendir cuentas de sí mismo y castigado. Las voces que oye le hacen objeto de críticas, que se refieren por lo común a sus actividades sexuales, que son descritas como pueriles u homosexuales. (19)

f) Tipo Pseudoneurótico.- Aquí el proceso psicótico fundamental está señalado por aparentes síntomas neuróticos y profunda angustia. Hay síntomas histéricos y obsesivo compulsivo. La sexualidad es caótica.

g) Psicosis Esquizoaffective.- Coexisten rasgos maníaco-depresivos con los esquizofrénicos. La conducta y los procesos del pensamiento son extraños, por lo que podemos distinguir de una neurosis o psicosis maníaco-depresiva, a pesar de las medidas de estados de ánimo jubiloso y depresivo. El pronóstico ante un acceso aislado es favorable.

h) Esquizofrenia Latente.- No se manifiesta directamente la enfermedad en la conducta pero indica la posibilidad de una descompensación esquizofrénica franca.

En algunos de los casos las características que presenta un paciente pueden estar combinados en cuanto a las diversas clasificaciones en diferentes períodos. (20)

i) Catatonia.- Hay numerosos síntomas esquizofrénicos en que reviven experiencias del período en el que "yo" en desarrollo se descubría a sí mismo y descubría su ambiente: Negativismo y la obediencias automática (ecolalia y ecopraxia), apercepción indiferenciada de los objetos, vínculos indiferenciados del yo y una rebivalencia profunda (oral) hacia el universo de los objetos, la obediencia automática, actitudes aisladas, rígidas y automáticas. Ciertos síntomas sugieren la idea de que pudo haberse producido incluso una recrudescencia de impulsos del período de existencia intrauterina.

En algunos estereotipias y actitudes raras todavía se puede reconocer la intención voluntaria original que ha fracasado y se ha hecho automática a causa de la desintegración de la personalidad. Sonrisa obtusa, desdoblamiento entre el afecto y el funcionamiento ideacional.

Las perturbaciones más graves de los catácticos demuestran no solamente que sus emociones frente a los objetos se hallan en conflicto entre sí, sino que los pacientes ya no son de ninguna manera capaces de emociones completas. Las reactividades y los sentimientos son sustituidos de las emociones, alusiones y las emociones, por tanto ya son un objeto de comunicación. Estos residuos emocionales han perdido su conexión entre sí y con el mundo y con la personalidad total; este hecho se refleja en el término esquizofrenia. Sin embargo, muchas esquizofrenias y manísimas, y otros casos, nos que merecen síntomas de la pérdida de las relaciones de objeto, conciben intentos activos de recuperar esas relaciones.

La rigidez catáctica refleja un conflicto entre el impulso de actuar y defensa contra el mismo. (17)

PSICODINAMIA.

La aparición aguda de síntomas esquizofrénicos sucede por lo común como una experiencia de frustración o tensión, que pueden provocar espontáneamente síntomas muy diversos, obsesivos o histéricos, que se confunden con defensas neuróticas. En este período prodromico puede haber gran fluctuación de estos síntomas en un lapso relativamente breve.

La aparición de síntomas esquizofrénicos trancos se considera una manifestación de regresión. "La regresión es el retorno a modos de funcionamiento antes establecidos" (8).

En el esquizofrénico hay desigualdad en la regresión, no es total ni completa y resulta de esta una desorganización de la personalidad.

La regresión o el retraimiento son comunes en la etapa de transición de la adolescencia a la madurez, debido a los cambios internos y a las exigencias de la sociedad.

Las tensiones de la vida pueden actuar más tarde sobre la adaptación anterior. El éxito o el fracaso en el trabajo, el matrimonio, la paternidad, las enfermedades, los desengaños, la muerte de los padres, la disolución de la potencia sexual, etc., pueden crear un desequilibrio que vuelve inadecuados los mecanismos de la defensa.

El esquizofrénico es una persona con alteraciones en sus relaciones personales; frecuentemente se enfrenta a sentimientos de rechazo y una intolerable falta de respeto por sí mismo. También es retraído en las relaciones emocionales con otras personas.

Las relaciones pueden ser ambivalentes al mismo y tener dificultades para expresar adecuadamente su resentimiento y galera su subordinación tal que surge birve a arrinconarse al rincón de los días expresando sus verdaderos sentimientos. Tiene un temor subyacente de su propia hostilidad, parolico al grado de que podría llegar al crimen, el cual le impide expresar su agresión o ironía. A veces el temor a las represalias por su ideas o ideas impropias activa la agresión y lo lleva a un estado de retraimiento y pasividad completa o pánico.

Tiene una confusa identidad sexual y en algunos casos la actividad sexual les resulta emocionalmente penosa. o hay actuaciones sexuales casticas.

Sus actitudes machos veces arrojan el rechazo de los demás, lo que confirma su revelada autoimagen.

La carencia sexual es considerada fuente de satisfacción de su dependencia y los hijos como competidores a la prolongación del propio yo. (8)

B) ETIOLOGIA.

No existe un acuerdo general sobre la etiología de la esquizofrenia, pero hay diversas teorías:

TEORIAS DE INFLUENCIA GENETICA

Muchos autores consideran a la esquizofrenia como una enfermedad hereditaria, aunque los hallazgos más frecuentes muestran una gran alteración del ambiente familiar en el medio que se desenvuelve el esquizofrénico.

TEORIAS DE INFLUENCIA FISIOLOGICA.

Diversas teorías proponen como factores etiológicos de la esquizofrenia: 1) La constitución física, 2) Las glándulas endocrinas, 3) El sistema cardiovascular, 4) La función cerebral.

Se han encontrado importantes diferencias bioquímicas entre normales y esquizofrénicos, sin embargo estas investigaciones no han controlado otras variables que podrían influir en esas diferencias, pues si se toma en cuenta que hasta el ritmo del sistema circulatorio provoca cambios bioquímicos, es lógico que pacientes muy alterados presenten cambios fisiológicos no hallados en la persona no esquizofrénica.

A pesar de la carencia de aptitud para experimentar placer en los esquizofrénicos, algunos autores admiten como básica la difusión cerebral.

EFECTOS DE FACTORES PSICOLÓGICOS.

Las principales teorías psicológicas a cerca de la parentela -- de la esquizofrenia, se refieren a la importancia de las primeras relaciones interpersonales, especialmente con la madre, -- decididas al desarrollo y subordinación que sufrirá el recién nacido, que lo hacen susceptible a la esquizofrenia.

El niño pasa de un estado de simbiosis con la madre a una situación, en que se convierte en un sujeto diferenciado e independiente. Debido a los cambios rápidos que ocurren en el niño durante este período, se completa el aprendizaje tanto para la madre como para el niño.

En aspectos del aprendizaje temprano se refiere al concepto de "desarrollo en los límites del yo". Es decir, diferenciar entre el yo y las bondades externas originadas de los aspectos -- externos de la realidad. Este desarrollo sólo se puede lograr a través del apoyo externo y la definición de la propia autoconciencia del niño. Si falta la atención materna o es deficiente, -- así puede no llegar a establecer nunca un firme sentido de la realidad, con adecuada diferencia entre el yo y el no yo.

La relación con la madre marca el prototipo de toda relación futura.

El tipo de madre favorecerá el desarrollo de una esquizofrenia tiene ciertos rasgos característicos típicos. Es hostil -- despreciativa, pedantemente crítica, ansiosa, fría, distante, incapaz de responder al niño con calor, como si se tratara de algo más que la prolongación de sí misma. Sin embargo -- hay madres con estas características que no tienen hijos esquizofrénicos.

En muchos casos, en las familias donde existen esquizofrénicos, se dan problemas conyugales.

También favorece a la esquizofrenia la perturbación de la comunicación en la familia, o al hecho de que el niño busque -- una aclaración a una comunicación con discrepancias y esta -- búsqueda signifique una amenaza a la seguridad en la relación con el padre necesario. Las inconsistencias en las relaciones de los padres, al engañar en relación con un hecho familiar -- doleroso, empleando expresiones macabrias de negación y proyección, sobre todo cuando han habido ataques destructivos o -- sexuales que el niño debe negar o reprimir como único medio -- de mantener la relación con el padre o la madre, también pueden desencadenar una esquizofrenia.

Paradea con que no exista una causa única de los síntomas esquizofrénicos, sino un complejo juego de fuerzas biológicas y sociales que actúan en grado diverso en diferentes aspectos -- del síndrome.

TEORIAS PSICODINAMICAS.

El yo esquizofrénico pareciera perder las características de ser regresivo y su pensamiento funciona obedeciendo a los principios que rigen el actuar inconsciente. Estos pacientes han perdido la capacidad de poder realizar "la prueba de la realidad" y su yo ha reconstruido psicoticamente esta pérdida. Ello significa la existencia de un recorrido de ida, la desintegración, y uno de vuelta, la reconstrucción psicótica.

Bleuler fue el primero en afirmar claramente que los diversos cambios sintomáticos del esquizofrénico se relacionaban con acontecimientos ocurridos en la vida de los pacientes, acontecimientos a los cuales éstos reaccionaban en formas llenas de significado.

Los esquizofrénicos no siguen las habituales reglas de ideas de asociación de ideas.

Para Hill, los procesos esquizofrénicos de asociación están bloqueados, según prohibiciones muy explícitas, contra la aparición de categorías específicas de pensamientos prohibidos. Cuando estos pensamientos se aproximan a la conciencia, son negados y reemplazados por símbolos seleccionados en forma regresiva. El paciente desarrolla una especie de idioma mágico y simbólico, tratando de expresar su sentido de la naturaleza de las cosas.

La perturbación afectiva aparece manifestada superficialmente en afectos inadecuados, en un afecto deficiente, en estallidos impredecibles de sentimiento al parecer no provocados por un estímulo exterior adecuado, pero según la teoría de Hill, el paciente es capaz de afectos muy profundos y dolorosos y adecuados a la situación como él la experimenta. Repribe intencionalmente su expresión de sentido y evita los estímulos que provocarían esa expresión.

El término esquizofrénia es empleado por Hill como una ruptura, una disolución del yo, una invasión y dominio de abundante territorio antes perteneciente al yo, por parte de fuerzas normalmente excluidas de él. (24)

Paradójica que, al menos en la experiencia de los esquizofrénicos, el narcisismo no puede significar una unión real, exaltada de sí mismo, o amor a sí mismo sino la negación compensatoria del sentido de falta de valor e inutilidad, de las cicatrices de pasadas heridas, y del temor a una inminente disolución.

La teoría psicoanalítica considera que la génesis de las enfermedades mentales se encuentra en una educación etiológica - conductual de "varios elementos que se van acumulando, sucesivamente y evolutivamente y que Freud denominó series complementarias".

La primera está constituida por los factores hereditarios - constitucionales, y por las vivencias infantiles traumáticas. Factores que en una intrusión posterior dan lugar a una fijación de la libido en determinado estado evolutivo, condicionado, que se llama disociación por fijación de la libido.

La segunda serie complementaria está constituida por la nueva intrusión de estos factores situacionales con situaciones actuales, denominadas "conflicto actual". Este factor que da lugar a situaciones de fracaso o frustración en lo que se refiere a la satisfacción de la pulsión. Desde esta situación se inicia un proceso de regresión a los puntos predisposicionales, previamente determinados y específicos para cada un neurótico y psicótico.

El conflicto actual, agente provocador y desencadenador de la neurosis es inespecífico y sólo actúa desencadenando el proceso de la enfermedad.

Cuando Freud habla de fases de desarrollo libidinal, además de hacerlo por una perspectiva biológica, también se refiere a que dichas fases son posiciones del sujeto frente al deseo de los padres. Por lo tanto en la estructuración del sujeto juegan un papel fundamental su relación con otras personas de su constelación familiar.

Fichón Riviere postula "la existencia del núcleo psicopático central" de naturaleza depresiva del que todas las formas típicas son tentativas de desprendimiento."

Esto significa que podríamos hablar de una "única enfermedad" con un núcleo psicopático depresivo y una instrumentación -- que tiene como mecanismo central la escisión del "yo", del "debe" y de los vínculos del "yo" con los objetos. A partir de esta escisión el sujeto recurre a técnicas de lo que Klerman llama posición esquizoparanoide, tales como la proyección, la introyección, el control omnipotente de los objetos, tanto internos como externos, etc. (20)

Este autor considera en la enfermedad mental una génesis y -- una secuencia vinculada a situaciones depresivas, de pérdida de privación, de dolor que son vividos como una catástrofe interna en un clima de ambivalencia y culpa en que el sujeto --

padre por sentir que odia y es simultáneamente el mismo objeto. Estas reacciones tienen su antecedente en situaciones inconscientes en el desarrollo infantil normal.

Por el desarrollo de la memoria y de la cohesión integrativa establece con el objeto vínculos a 4 vías, es decir, que amar y no amar, amado y odiado y ser amado odiado por el mismo objeto es que destierre muchas posibilidades de gratificación y frustración. De la misma manera reconocera dentro de sí sentimientos de amor y gratitud coexistiendo con hostilidad y agresión. Esto provoca el sentimiento de ambivalencia con el amor a la pérdida del objeto amado y sentimiento de culpa por miedo a que los impulsos hostiles puedan caer a dicho objeto. La ambivalencia paraliza al sujeto que tiene en ese momento como único recurso defensivo la inhibición que lo conduce a la regresión y la disociación. Todo esto configurará una conducta estereotipada de reacción a la que se regresa en el proceso de enfermar a partir del conflicto actual desencadenante

Así, de la situación de sufrimiento, característica de la depresión, surge la posibilidad de una nueva regresión a la conducta anterior que permite el control de la ansiedad mediante (miedo al ataque) reemplaza a la culpa (miedo a la pérdida).

Para Fichon Riviere, la esquizofrenia es un intento de manejo de las ansiedades básicas, en la cual la regresión es característica para permitir el control de la ansiedad.

Sigmund Freud afirma que "la psicología individual es, al mismo tiempo y desde un principio de psicología social".

Arnaldo Carlos Marx menciona "no es la conciencia la que -- determina la vida, sino que es la vida la que determina la -- conciencia"

Todo ser humano nace, llega para ocupar un lugar que lo espera; su nacimiento es deseado o no, un grupo humano se ha preparado para asignarle un puesto determinado, se le asigna un nombre al que deberá responder, sus experiencias están pre-determinadas, al igual que las personas que lo conocerán, la institución que podrá alcanzar y el uso que habrá de hacer de la misma, los alimentos que tendrá o que le faltaran, las capacidades personales que podrán germinar y las que quedarán mutiladas, la clase social a la que habrá de pertenecer, etc. En cada uno de los casos están prescriptos los pensamientos y las conductas que son congruentes con el lugar asignado, de este modo el sujeto así producido, olvidado del proceso de -- producción de sí mismo, ocupando el lugar asignado funciona o debe funcionar como una herramienta eficaz que cumple con las tareas que la estructura le fija. Por lo tanto, toda acción --

del sujeto es, al mismo tiempo, acción de una estructura social invisible que está siendo mediada por él, sin que él lo sepa, y a pesar de todas las experiencias de autodeterminación. (30)

Según Nietzsche, el recién nacido cuando nace, nace visto. Vive todos los años de los padres que lo han puesto en marcha. Luego para ocupar un puesto asignado conveniente o inoportuno por los padres o por quienes tienen su función.

El recién nacido se plantea en la intersección de deseos múltiples, contrarios, la existencia humana, es de hecho - constitutiva desde antes de nacer. El niño deberá encarnar por esos deseos siendo que lo constituyen, ya que siempre está la presencia de otro dictaminado "serás lo que debes ser y sino no serás nada".

Por lo tanto el individuo no es autónomo, y debe comprenderse la a partir de un proceso de sujeción que tiene a la familia como primer escenario. Por su parte la familia no es autónoma, debe cumplir un cargo social que le es formulado tácitamente por la estructura que organiza la sociedad.

Pichón Riviere anuncia una teoría de los roles y grupo familiar, con el lugar que ocupa en éste, con la función que cumple y con el tipo de comunicación que determina el funcionamiento.

Define a la familia como una estructura social básica que con figura por el intento de roles diferenciados (madre, padre, hijo). Afirma que la familia es el modelo natural de la situación de intercambio grupal.

Este autor considera a la enfermedad mental, no como una enfermedad de un sujeto, sino como la de la unidad básica de la estructura social: El grupo familiar. El enfermo desempeña un rol, es el portavoz emergente de esa situación total. Se convierte en el portavoz de las ansiedades del grupo. Como integrante desempeña un rol específico, es el depositario de las tensiones y conflictos grupales. De hace cargo de los aspectos patológicos de la situación, en ese proceso interaccional de adjudicación y asunción de roles, se compromete tanto al sujeto depositario como a los depositantes. El estereotipo se configura cuando la proyección de aspectos patológicos es masiva, el sujeto queda paralizado, fracasa en su intento de elaboración de una ansiedad tan intensa y enferma. Entonces el ciclo desencadenado por un incremento de las tensiones se cierra. Tal ciclo consiste en la depositación masiva en uno de los miembros, de las ansiedades que se generan en el grupo

El individuo al tener como familia ambiente es la familia no tiene una personalidad, no es más un individuo, sino un denunciante. Esto favorece la separación de la personalidad e identidad y aumenta la inseguridad, la anormalidad de los vínculos y los trastornos de la comunicación, imposibilitando determinar si es realmente quien es quien. (20)

De acuerdo con Fichón Riviere y Lindo, los trastornos de la comunicación son fundamentales en el equilibrio del grupo familiar.

Eliseo Verón está de acuerdo con esta posición y dice que los trastornos sociales pueden tener etiología en las perturbaciones de los sistemas sociales de comunicación dentro del grupo familiar, así como su ubicación sociocultural, ya que la etiología de determinados tipos de comunicación en el grupo familiar es función del contexto sociocultural en donde se encuentra el grupo familiar, particularmente de la clase social de la familia.

Fichón Riviere agrega una tercera serie complementaria a las propuestas por Freud que está constituida por factores disposicionales (experiencias del feto como consecuencia de las vivencias de la madre, condicionadas schemas por la herencia) y la situación actual desahucenante, que se expresa al último instancia por un estacionamiento de la libido y que se produce debido a factores internos endógenos, biológicos o a factores externos expresados como impedimento, frustración, etc.

Fichón Riviere establece 3 tipos básicos de ecuación etiológica:

- 1.- Aquellos en que hay predominio del factor hereditario
- 2.- Aquellos en que hay predominio del factor disposicional
- 3.- Aquellos casos en que la psicosis aparece como producida por la situación predominante de los factores actuales, -- que pueden referirse tanto al instinto como al yo.

Este autor afirma que toda psicosis se inicia como una depresión y el trabajo tendiente a deshacerse de ella queda figurar una manía, una hipocondría, un delirio y finalmente una obsesión. Los esquizofrénicos se estructuran con una mezcla de esos dinamismos. A esto se agrega una regresión del yo a una etapa primitiva, presentando un pensamiento mágico por un lado y otro a síntomas psicofóbicos. Esta esecución del "yo" es la única específica en la esquizofrenia.

Blauter considera esta esecución del "yo" como trastorno fundamental. Los trastornos de las asociaciones de ideas están en relación con esta regresión a un yo desintegrado, degradado, infantil y el pensamiento de este yo regresivo se rige por las leyes del pensar prelógico, mágico, animista que es análogo al pensamiento onírico.

La regresión lleva a una etapa donde el "yo" ha realizado sus síntesis, consistiendo dentro de su estructura nuclear, más o menos autónoma que actúan independientemente relacionados con diferentes identificaciones y dando lugar a síntomas como intercepciones del pensamiento, alucinaciones, etc.

Según Henry Ey, además de las condiciones psicodinámicas en la esquizofrenia existen los factores genéticos de predisposición y los factores neurobiológicos:

1.- Factores Genéticos.- La predisposición en la esquizofrenia es segura, pero muy compleja y variable.

2.- El tiempo es un factor muy importante en el desencadenamiento de la enfermedad en cuanto al momento en que los factores ambientales comienzan a actuar sobre los hereditarios.

3.- Factores neurobiológicos.- Existe la hipótesis de que la metilación en la cadena de los neurotransmisores y una anomalía en el ciclo de la dopamina tiene un papel importante en la producción de la esquizofrenia.

Para Henry Ey un error genético a través de la acción de factores ambientales determinará la producción de reacciones cerebrales bioquímicas estereotipadas y repetitivas.

El piensa que no es conveniente reducir la esquizofrenia a -- los datos bioquímicos que forman su base; ni tampoco conviene reducirla a factores psicosociales, sino que deben tomar en cuenta los dos conjuntamente. (20)

Los factores precipitantes de la psicosis no son esencialmente diferentes de los factores precipitantes de las neurosis. O bien se trata de aumentos cuantitativos de la tensión innata, tal como resulta patente en el hecho de que la esquizofrenia comienza a menudo en la pubertad (deficiencia precoz) o ya de circunstancias que estimulan la reprimida sexualidad infantil especialmente la homosexualidad y el erotismo anal o de experiencias que parecen justificar o aumentar las ansiedades y sentimientos de culpa infantiles.

Los factores precipitantes y la disposición forman, también -- adur una serie complementaria. A menudo las psicosis se inician en el transcurso de ciertas crisis, es decir, cuando a raíz de ciertas experiencias, se perturba el equilibrio que -- hasta entonces ha prevalecido, y cuando los métodos habituales de defensa del yo han dejado de ser suficientes.

A continuación describiremos algunos de los métodos psicoterapéuticos más usados en el tratamiento de la esquizofrenia.

PSICOTERAPIA

Psicoterapia es una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, delibera y opera en una relación profesional con el paciente, - con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas evidentes, de modificar patrones alterados de conducta y de promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad. (45)

VARIEDADES DE PSICOTERAPIA.

Existe una variedad inmensa de métodos psicoterapéuticos para el tratamiento de las enfermedades emocionales y mentales. No se puede asegurar una fórmula única para la solución de cada diferente enfermedad. Es confuso incluso para el profesional promedio, considerar los métodos multiformes de tratamiento - que podrían aplicarse en cada caso. Los datos estadísticos - publicados, revelan que los resultados obtenidos por los diversos métodos son sorprendentemente similares. Las personas parecen ser ayudadas por las clases de terapia, tanto por aquellas que tienen un sello científico de aprobación, como por aquellas tachadas de charlatanería.

Sin embargo hay ciertos aspectos técnicos que pueden ayudar - al terapeuta a seleccionar el método que empleará en el tratamiento de sus pacientes, dependiendo de los objetivos buscados.

1.- La terapia de apoyo tiene como objetivos el reforzamiento de las ideas existentes y la elaboración de mecanismos nuevos y mejores para mantener el control.

Los métodos que se utilizan en ella son: Guía, manipulación, ambiental, externalización de intereses, reaseguramiento, presión y cohesión, persuasión, catarsis emocional y desensibilización, sugestión por el prestigio, hipnosis sugestiva, relajamiento muscular, hidroterapia, terapia por drogas, terapia de choques y convulsiones, terapia de grupo inspiracional, terapia musical.

2.- La terapia de insight con metas reeducativas tiene como objetivo proveer insight en los conflictos más conscientes, - con un esfuerzo deliberado para lograr un reajuste, una modificación de las metas y del modo de vida a la medida de las potencialidades creadoras existentes.

Los métodos empleados aquí son: terapia de relación, terapia de actividades, psicoterapia por entrevistas, análisis y síntesis distributivas, terapia psicobiológica, consejo terapéutico, terapia de casework, recondicionamiento, terapia de un grupo reeducativa, terapia por medio de la semántica.

3.- La terapia de insight con metas reconstructivas tienen -- como objetivos promover insight en los conflictos inconscientes, con esfuerzos para lograr una modificación extensa de la estructura del carácter y la expansión del crecimiento de la personalidad con el desarrollo de nuevas posibilidades de adaptación.

Sus métodos son: psicoanálisis freudiano, psicoanálisis no freudiano, psicoterapia psicoanalíticamente orientada. Además este tipo de psicoterapia se pueda complementar con hipnoanálisis, narcoterapia, terapia de juego, teoría artísticas, terapia analítica de grupo. (45)

En este trabajo se describen detalladamente las terapias y -- programas de rehabilitación que se han empleado en las tesis analizadas y son las siguientes:

- 1.- Modelo conductual de terapia y rehabilitación (reeducati-
vor).
- 2.- Psicoterapia del Dr. Barragan.
- 3.- Programa de rehabilitación por medio del trabajo remunerado.
- 4.- Terapia familiar Sistema Instituto Mandao.

MODELO CONDUCTUAL DE TERAPIA Y REHABILITACION

En la tesis "Autismo: Historia de un caso" de Ma. Esther Jiménez Hernández y Ma. del Carmen Acevedo, se describen los procedimientos usados por las autoras para la intervención terapéutica y de rehabilitación en niños autistas de 7 años de -- edad.

Los procedimientos empleados fueron:

- a) Terapia de integración sensorial.
- b) Programa en el hogar, consistente en:
 - 1.- Estimulación vestibular
 - 2.- Percepción táctil
 - 3.- Coordinación motriz gruesa o fina
 - 4.- Actividades cotidianas
- c) Programas de modificación conductual para exigir:
 - 1.- Lenguaje
 - 2.- Incrementar lapsos de atención
 - 3.- Incrementar tolerancia a la frustración

El tratamiento conductual

Secuencia de instrucciones instrumentadas:

- Atención
- Imitación
- Control instruccional
- Autocuidado
- Coordinación motriz gruesa
- Coordinación motriz fina
- Lenguaje
- Socialización

Se tomaron registros de líneas base y registros semanales de conductas a establecer, refiriéndose sólo a acontecimientos mensurables y cuantificables.

Sistema motivacional.- Recompensas deseables acompañadas de secuencias sociales. También se usaron como recompensas conductas que emitía el sujeto frecuentemente en forma natural, únicamente ante la compleja determinación de la tarea.

El tratamiento conductual abarca 3 aspectos fundamentales:

- 1.- El desarrollo de nuevas conductas
- 2.- El aumento de frecuencia en conductas ya existentes
- 3.- La supresión de conductas objetables.

Al promover la adquisición de nuevas conductas se emplearon los métodos de moldeamiento por aproximaciones sucesivas y moldeamiento partiendo de una respuesta muy simple y elemental que ya existía en el repertorio del niño; después mediante estimulación suplementaria y reforzamiento diferencial, se desarrollaban gradual y progresivamente nuevas cadenas de conductas.

La estimulación suplementaria, formada por instigación física y verbal, instrucciones y estímulos para respuestas de imitación se desvaneció gradualmente para evitar respuestas incorrectas, dar práctica constante a la emisión de aproximaciones adecuadas y favorecer la probabilidad de consecuencias positivas.

El mantenimiento de conductas se hizo a través del uso de secuencias intermitentes, control de estímulos y condicionamiento de recompensas más frecuentes en el medio natural.

Respecto al control de estímulos, inicialmente se tuvo especial cuidado en que las condiciones que precedían a la respuesta fuesen siempre las mismas. Se procuró que esas condiciones consistieran en estímulos, objetos o eventos muy simples o muy similares a aquellos que normalmente aparecían en-

el ambiente natural. Posteriormente se procedió a incrementar el número de estímulos que controlaban las conductas adquiridas con el objeto de generalizar a todo tipo de situaciones.

De igual modo incidía en el desarrollo de consecuencias efectivas de tipo social, por su frecuente ocurrencia en el medio natural, contribuyó al mantenimiento de los repertorios adquiridos.

El decremento de la frecuencia de conductas se instrumentó mediante los procedimientos de extinción, tiempo fuera, castigo positivo, estímulos aversivos condicionados, desarrollo de conductas incompatibles, castigo negativo y sobrecorrección mediante prácticas negativas.

El procedimiento de extinción se empleó en situaciones de instrumentación cuando el sujeto respondía incorrectamente a instancias de adiestramiento ya superadas y que por lo mismo no requería retroalimentación, no se presentaba atención a la respuesta, pero sí repetía la instrucción para que la realice nuevamente.

También se aplicó la extinción en conductas indeseables que no ocasionaban daño al niño y no interferían en el adiestramiento.

Para contrarrestar su ocurrencia se estimuló el desarrollo de conductas incompatibles.

El castigo positivo se utilizó para la supresión de conductas aversivas o dañinas para el sujeto (autostimulación o autoagresión), pero al resultar poco eficiente se cambió a procedimientos de sobrecorrección mediante práctica negativa, que fue más eficaz, aunque poco después recuperaron las conductas su frecuencia original.

Para eliminación de conductas indeseables se utilizó el reforzamiento diferencial de conductas incompatibles.

Horarios y etapas en el adiestramiento:

- 1.- Tratamiento individual bajo condiciones controladas, para el establecimiento de repertorios adecuados.
- 2.- Generalización de las conductas adquiridas para la integración a medios ambientes naturales. (10)

PSICOTERAPIA DEL DR. BARRASAN.

En la tesis "El tratamiento psicoterapéutico de las psicosis esquizofrénicas (Estudio de dos casos)" de Lucia Romero y --- Jiménez Canal, se menciona que la esquizofrenia puede deberse a diversos factores etiológicos:

Factores Biológicos:

- a) Predisposición genética
- b) Desórdenes de tipo infeccioso
- c) Desórdenes de tipo alérgico
- d) Disturbios metabólicos (bioquímicos). Se han encontrado --- proteínas anormales en la sangre de esquizofrénicos (tartratos) y evidencia de una anomalía antigénica en el --- suero de esquizofrénicos crónicos.

Factores Socioculturales:

Los problemas de esquizofrenia se presentan predominantemente en niveles socioeconómicos bajos.

Se considera debido a diversas investigaciones que podría deberse al hacinamiento, la falta de habilidad de las madres para dar a sus hijos atención adecuada; limitación de facilidades recreacionales; la pobreza del medio, el darse cuenta en la adolescencia de que los factores económicos y sociales son una barrera para alcanzar gratificaciones fundamentales, el alto índice de hogares deshechos.

Factores Experienciales:

Las circunstancias ocurridas durante el desarrollo psicosexual, el aislamiento y la carencia materna durante la infancia o un trato materno inadecuado durante la etapa oral, la inversión de papeles maternal o paternal, una repetida exposición a situaciones de doble vínculo, disturbios en la etapa fálica con reactivaciones de miedos sexuales en la temprana adolescencia.

APROXIMACIONES PSICOTERAPÉUTICAS DE LA ESQUIZOFRENIA

Generalmente se trata a la esquizofrenia con terapias físicas como drogas, electroshocks, choques insulínicos y en algunos casos psicoterapia, aunque existen muchos psiquiatras que utilizan ya la psicoterapia o una combinación de terapia física-psicoterapia.

Según Salvano Arieti, las terapias físicas producen sólo avances sintomáticos, mientras que la psicoterapia remueve el conflicto básico que causó el desorden; corrige los patrones psicopatológicos; cambia la autoimagen del paciente, lo cual --- hace menos vulnerable y permite cierta regeneración. Sin embargo en muchos casos aconseja la combinación de las terapias

Sigmund Freud no aconseja utilizar las psicoterapias en pacientes esquizofrénicos. Para él, en la esquizofrenia hay una retirada de la libido de los objetos hacia uno mismo, por lo que es imposible la transferencia, y sin ella no puede haber tratamiento psicodinámico.

Sin embargo algunos freudianos han tenido grandes éxitos en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos con psicoterapia, entre los más destacados se encuentran:

Rud Federer.- Uno de sus principios fundamentales se basa en el concepto "separación del ego" que es un reservorio autónomo de la libido en el ego. Él pensó que el ego del esquizofrénico es más pobre en libido y que era posible la transferencia con estos pacientes.

Federer suponía que en los esquizofrénicos estaban defectuosos los límites que separan el yo del ego y por el ego del mundo externo, y por ello, material del id invade el ego y - era proyectado hacia el mundo exterior, por lo que la terapia pretendía establecer los límites normales.

Este autor sostiene que es posible establecer una transferencia con la parte del paciente que se mantiene sana y que por eso una parte de su ego está enferma y por lo tanto no es confiable.

Bernado Schwab.- Sostiene que el esquizofrénico fue privado de una madre real, que ama a su hijo a toda costa y que la enfermera psiquiátrica debe ofrecer al paciente esa clase de amor.

Algunos otros autores freudianos utilizaron técnicas como Hinshie, que utilizó como método la asociación libre y Eisler -- que extrema la importancia de la psicoterapia temprana en episodios agudos.

ESCUELA KLEINIANA

De acuerdo con Melanie Klein, en etapas muy tempranas desarrollo el ego la capacidad de proyectar el introyector como defensa contra una exagerada y sobrecogedora ansiedad y/o sentimiento de ansiedad.

En los primeros 4 o 6 meses de vida, la naturaleza de la ansiedad es esencialmente persecutoria. Según Rosenfeld esta - manera de experimentar la ansiedad contribuye a hacer una división entre las partes buenas y malas de sí mismo, proyección de las partes malas, lo que es la base para las relaciones objetivas tipo narcisista.

Del los objetos tiene valor bueno o malo en función de la --
nerte de sí mismo que el sujeto está proyectando.

Los seguidores de Klein, en general aplican técnicas psicoana-
líticas al tratamiento esquizofrénico (Segal, Rosenfeld, Bion)

Ninguno da gran importancia los factores medicambientales.
Rosenfeld reporta que las manifestaciones psicóticas se acentu-
nan a la transferencia tanto en la condición aguda como en la
crónica, lo cual constituye una "psicosis transferencial" que
debe ser trabajada por su significado, por medio de la interpre-
tación.

MÉTODOS BASADOS EN LA VERSIÓN QUE TIENE EL PACIENTE DE LA REALIDAD.

Rosen sugiere un psicoanálisis directo, no el tradicional, --
que establezca contacto por medio del ego. Rosen se dirige al
inconsciente, supuestamente como el "id" y con estados de un
ego infantil.

Utiliza como herramientas la psicosis transferencial, abundan
las interpretaciones al paciente implicado revelar lo que --
Freud atribuía al inconsciente.

Las explicaciones se basan en el concepto de sexualidad nephi-
mida y piensa Rosen que el esquizofrénico es víctima de un --
amor materno pervertido.

El paciente tenía que experimentar al terapeuta como todopode-
roso, protector, benevolente, como hubiera deseado que fuese
su madre.

El analista debe pasar mucho tiempo con el paciente, hasta 16
horas al día.

El tratamiento a menudo solucionaba episodios agudos en pocas
semanas y después seguía una segunda etapa con una técnica --
más anegada al psicoanálisis clásico.

Durante el tratamiento el terapeuta entra en el mundo psicóti-
co del paciente, quien inmediatamente siente mejoría, al ser
entendido. El terapeuta no debe evitar ocupar el papel de la
persona imaginaria en los delirios.

Sechehaye creía que el psicoterapeuta podía entrar el mundo --
de la psicosis por medio de la realización simbólica.

En este método las acciones y las manifestaciones del paciente no son interpretadas, sino compartidas con él, aunque al terapeuta el debe interpretar para sí mismo lo que significan las experiencias del paciente.

Ayuda al paciente a sobreponerse del trauma de su vida inicial, por medio de una relación interpersonal correctiva y re-educadora. El paciente es capaz de descansar de los conflictos no resueltos en su vida temprana y posteriormente satisface sus necesidades primarias por medio de la representación simbólica.

Lang, en su obra "The divided self" insistió en examinar la desesperación existencial de la división de la psique del enfermo, su "inseguridad ontológica".

Este autor adopta al paciente en su totalidad. Consideraba erróneo que el paciente culpaba a su familia y al médico sabiente por haberlo perseguido y etiquetado como psicótico, segregado de la comunidad humana. Su método ayudaba al paciente a aceptarse a sí mismo y reevaluar su posición en la sociedad.

Se apoya también en la terapia familiar.

Sullivan y Fromm Reichmann en lugar de entrar en el mundo psicótico del paciente, llega a él por medio de hacerlo permanecer en el mundo de la realidad.

Sullivan intentó un acercamiento directo y completo por medio de reconstrucción actual de la cronología de la psicosis. Hacía sentir al paciente que los sucesos acontecidos en su pasado estaban sólo relacionados a un número pequeño de personas.

Fromm Reichmann trabajó con Sullivan. Esta autora creó la "psicoterapia psicoanalíticamente orientada". Ella estableció un ambiente terapéutico de aceptación para el esquizofrénico, un trato humilde y afectivo y su fina intuición psicológica. Se basó en Freud y en la idea de Sullivan de que algún grado de relación interpersonal se siente a través de la vida de todos, incluyendo a los esquizofrénicos y sobre esto establecía una relación transferenceal con los psicóticos.

From Reichmann subrayó que es muy difícil para el esquizofrénico confiar en alguien, y si el terapeuta lo decepciona es experimentada como una repetición de traumas tempranos que producen odio y hostilidad.

No utilizó el método de asociación ni dio gran importancia a la interpretación, pues consideraba que la sintomatología es susceptible de diversas interpretaciones, todas correctas pero parciales.

Para ella el ego irracional no se falló con su aislamiento y esa respuesta, relaciones interpersonales, siempre y cuando encuentre una persona confiable, por eso se le debe tratar con amabilidad, comprensión y consideración, pero firmes.

Trata de explicar al paciente que sus síntomas son formas de remodelar su experiencia de vida como consecuencia de su pasado distorsionado o de sus relaciones interpersonales. Hace conciencia al paciente de sus carencias en su vida temprana en una forma realista, para que éste acepte los hechos y se sienta capaz de integrarse al mundo.

M.M. Fowler aplica hipnosis al tratamiento de la esquizofrenia, por considerar que a través de ella entra rápidamente en contacto con la parte más sana y más interna del paciente.

Ella piensa que un esquizofrénico hipnotizado exitosamente es llevado hacia una recuperación consistente en que él sea capaz de reincorporar en su relación al terapeuta. Esto posibilita el restablecimiento de las relaciones interpersonales.

Senedatti acepta en parte los principios de Sullivan y Fromm-Reichmann, pero para él, las dos herramientas principales en la psicoterapia para esquizofrénica son: "compartir los sentimientos del esquizofrénico" y la "interpretación".

Dice que el paciente quiere que el terapeuta entienda su manera de ser, aunque al mismo tiempo lo rechaza. La sociedad incluyendo al terapeuta tiende a evadir los requerimientos del paciente, por medio de objetivar sus síntomas y no permitirle que se queje o reclame.

Mariano Barragan dice que en cualquier sesión con el paciente hay dos niveles de expresión que se mantienen simultáneamente:

- 1.- Contenido.- Todo lo que se dice en un lapso determinado de tiempo y que se puede escribir o grabar (es el mensaje verbal explícito).
- 2.- Proceso.- Es todo lo demás, lo no verbal, los estilos personales, tanto en la interacción con el terapeuta, como todo lo relacionado al paciente, como su manera de vestir y actuar sus antecedentes, raza, religión, estatus, escolaridad, etc.- y también un proceso que se desarrolla entre el terapeuta y su paciente.

El Dr. Barragan dice que hay diferencia entre el contenido y el proceso que se da en la interacción con el terapeuta. Es lo realmente curativo para el paciente y es el nivel en que el terapeuta trabaja constantemente.

Para este autor el concepto de "relación con el paciente" es útil y lo llama "enganche", el cual se da en la primera sesión, en la que el terapeuta da ante las resistencias del paciente para relacionarse con él, después le será muy difícil tener contacto.

Las técnicas para lograr el "enganche" le llama "tracking" y consiste en seguir al paciente en su proceso como una aguja de tocadiscos sigue el surco del disco.

La fuerza del tracking está en aceptar lo que le pasa al paciente sin juzgar ni tratar de cambiar nada, sólo describiéndole al paciente a manera de repetición y aceptarlo.

Esto método se basa en la sugestión hipnótica, en la cual el paciente nunca es confrontado por el terapeuta.

Otro punto a ganar es la primera entrevista en "el control" -- esto significa que el paciente admita en forma tácita que el terapeuta es quien manda, pero sin sentirse agredido, sino protegido. También se logra a través del "tracking".

Para Barragán la meta terapéutica global es encapsular la psicosis, es decir, reducirla en el campo de su incidencia cotidiana en los procesos del paciente, hasta un punto en el que el paciente pueda consistentemente:

- a) Conocerla, sabiendo que es parte de él, pero no todo él.
- b) Reducirla, de manera que pueda funcionar en la vida práctica, sin sentir que su locura la maneja él, sino que pueda conocerla, separarla y defenderse de ella de manera racional y controlada.

Para el Dr. Barragán, además del fracaso del esquizotrópico -- en sus relaciones objetivas, su falla global en funciones yoicas incluye el colapso o la insuficiencia de los mecanismos defensivos, la deficiente o nula relación con la realidad, la reducida o inexistente tolerancia a la frustración y el escaso control de impulsos. Sin embargo el obstáculo más serio es la resistencia a relacionarse.

Debido a esto, el objetivo principal de la psicoterapia es lo que es una relación cercana con el paciente que permita que él contacte con la realidad, module el proceso de toma de decisiones, sin que estas sean basadas en razones autistas y se adapte con mayor facilidad a las molestias propias de su enfermedad, aceptándolas como inevitables (visitas a las clínicas, toma de medicamentos).

En esta fase del tratamiento la meta es mejorar, a través de la reflexión verbalizada, las relaciones interpersonales del paciente.

Los aspectos que incluyen el Dr. Sarragan en su terapia son:

- a) Enganche.- Relación con el paciente.
- b) Situación psicofisiológica.- Posibilidad de ayudar con fármacos.
- c) Respeto físico del paciente.- Cuidado de su espontaneidad para evitar el rechazo social.
- d) Manejo de su tiempo cotidiano por hora.
- e) El terapeuta modula el contacto del paciente con el exterior, dentro y fuera de la familia.
- f) Manejo de la sexualidad del paciente.

Considera además que se debe respetar el estilo del paciente pues sólo así se podrá llegar a comunicar realmente el terapeuta con el paciente.

Según Jung, la tendencia del inconsciente a usar símbolos como modo de expresión se manifiesta también en la reducción de síntomas. Al usar los lenguajes simbólicos y sintomáticos del paciente e incorporarlos como modo de comunicación predomina en la situación terapéutica facilita el contacto con todo lo que interesa al paciente y además con el inconsciente de éste.

En cada esquizofrénico hay un grado variable de áreas menos afectadas por la enfermedad y es importante conocerlas para decidir las maniobras psicoterapéuticas y de rehabilitación.

Una maniobra es cualquier cosa que haga el terapeuta con un fin preciso dentro de la estrategia de la terapia diseñada para el paciente.

Los fines de la maniobra pueden ser:

- 1.- Control
- 2.- Acelerar o frenar el proceso del paciente.

Hay maniobras de pegamento que tienden a estructurar el ego del paciente, frenando sus procesos caóticos y valiéndose del proceso secundario (funciones ubicadas en el hemisferio izquierdo del cerebro como pensamiento concreto, lógico, secuencial, ligado al tiempo. Es la parte que el proceso, el pensamiento digital. Es lo más usado en el esquizofrénico.

Otro tipo de maniobras son las solventes, que tienden a dirimir un "yo" demasiado defensivo. Para ello se vale del proceso primario, que se identifica con las funciones, que se ubican en el hemisferio derecho del cerebro en el cual se encuentra el pensamiento lógico, no secuencial, no ligado al tiempo, la parte que procesa el pensamiento analógico.

Cada paciente tiene una posibilidad de relación con el exterior diferente y aquí no hay reglas, cada uno avanza "sólo lo que avanza". No se puede predecir en ningún sentido. (40)

EL TRABAJO REMUNERADO COMO MEDIDA TERAPÉUTICA EN ESQUIZOFRENICOS PARANOIDES.

Fernando Gómez Moreno, en su tesis que lleva el título "El Trabajo remunerado como medida Terapéutica en Esquizofrénicos Paranoides", sugiere que la plena ocupación proporcionada a la capacidad del paciente, está indicada en los enfermos crónicos para impedir que continúe su deterioro.

El cuadro presentado por enfermos sin esperanza y crónicos -- que se encuentran internados se debe solamente a una tercera parte de la enfermedad en sí y dos terceras partes a una reacción ante un ambiente negativo e inapropiado.

Los pacientes incluidos en programas rehabilitativos consideran en general al hospital mental como una escuela de aprendizaje social en la que vuelven a adquirirse las capacidades y técnicas del trato social, abandonando el concepto de que se trata de un lugar en el que se encierra a los enfermos mentales para excluirllos de la vida en la sociedad.

Las terapias ocupacionales tradicionales emplean actividades de tipo mecánico, principalmente oficios y artes como pintura alfanje, bordado, etc. Los resultados son benéficos, sin embargo se ha observado que la aplicación indiscriminada de ellas aumenta el retraimiento del paciente.

El trabajo remunerado tiene mejores ventajas en cuanto a su terapéutica, pues no sólo desvía al sujeto de su enfermedad y de sus problemas personales, sino que lo ayuda a recuperar sus habilidades o aprender nuevas actividades y también a proporcionar nuevos intereses en el mundo a su alrededor.

Por lo general, las nuevas tentativas para enseñar a trabajar de nuevo, les debe hacer el paciente en el taller del hospital con el fin de que escape del establecimiento y recobre su lugar en la sociedad. Es probable que el paciente no logre haber tomado inicialmente el trabajo, por lo que se puede utilizar el juego como palanca para una mayor participación social.

Es conveniente hacer un programa sistemáticamente planeado, - ser cuidadoso, acomodarse lo mas posible a lo que fue su vida normal.

El programa terapéutico debe enfocarse al restablecimiento - del paciente como miembro útil de la sociedad, a la vez, debe proporcionar gratificación a ciertas necesidades.

La terapia por medio del trabajo recuperado aunada a la terapia - básica, ayudará al restablecimiento del paciente.

Para la admisión de los pacientes esquizofrénicos paranoicos - a este programa terapéutico se requiere que tengan las siguientes características:

- 1.- Haber permanecido varios años en el Hospital, con una historia clínica bastante detallada.
- 2.- Que tenga razonables probabilidades de ser dado de alta.
- 3.- Que exista en el paciente una motivación para el trabajo - y haya mostrado su capacidad y voluntad de trabajar efectuando servicios útiles.
- 4.- Que su edad fluctue entre los 18 y 55 años.
- 5.- Pacientes cuya agresión no sea muy activa, que tenga claro - contacto con la realidad y que su actividad alucinatoria no sea muy marcada.

ORGANIZACION DEL PROGRAMA

Es importante tener en cuenta la personalidad de todos aquellos - con los cuales el paciente entra en contacto. Se deben - eliminar (Sullivan) visitas de parientes y solo poderán visitarlo amigos neutrales y comprensivos.

El personal interesado en el tratamiento debe desarrollar un - trabajo de grupo, estar capacitado en forma intensiva y ser - informado previamente de la labor que realizarán, así como - los fines del programa.

El grupo coordinado adecuado podrá lograr pronósticos muy superiores - a los tradicionales.

PSIQUIATRA

SUPERVISORES DE LOS PACIENTES

ENFERMEROS

PACIENTES

INSTRUCTORES TECNICOS

Labor del Psiquiatra:

- Selección de pacientes
- Tratar de coordinar en forma efectiva la terapia básica y el trabajo.
- Planear el programa tomando en cuenta los recursos del Hospital.
- El número de pacientes elegidos deberá permitir una buena supervisión.
- Deberá ser informado constantemente por los supervisores de los resultados terapéuticos, que serán estudiados y discutidos para indicar las modificaciones necesarias.
- Deberá entrevistarse con empresarios locales para tratar de colocar a los pacientes que logren recuperación social y estén en condiciones de trabajar fuera del hospital.

Labor de los Supervisores:

- Psicólogos adiestrados que llevarán un informe explícito y detallado de la actuación general de cada paciente, para lo cual tendrá que comunicarse constantemente con instructores y enfermeros, así como con el paciente. El control y supervisión deberán permitir al paciente cierta independencia en la realización de su trabajo.
- Serán adiestrados para llevar un informe explícito y detallado de la actuación general de cada paciente, para lo cual tendrá que comunicarse constantemente con instructores y enfermeros, así como con el paciente.

El control y supervisión deberán permitir al paciente cierta independencia en la realización de su trabajo.

Enfermeros:

- Cuidarán al paciente en todos sus aspectos.
- Vigilarán la conducta en el taller.
- Fomentarán la competencia sin conflictos.
- Infundirán seguridad al paciente.
- Darán al programa un matiz de calor humano, comprensión, flexibilidad y objetividad.

Tareas del paciente:

- Administrar el paciente en la realización de trabajos específicos.
- Talarán de que los pacientes realicen el trabajo por sí mismos.
- Discutirán con el supervisor cualquier detalle u observación.

Jornadas de trabajo:

Cada paciente trabajará un número de horas adecuado a su situación; pero no todos pueden trabajar las mismas horas. Al principio es probable que el paciente no pueda soportar más de 5 ó 6 horas diarias, pero poco a poco puede soportar más.

Si el psiquiatra y el supervisor lo consideran adecuado, el paciente puede trabajar a destajo.

Características del Taller:

- Aspecto del taller cómodo y corriente.
- Bien iluminado
- Buena ventilación
- Dotación de emergencia
- Equipo contra incendio
- Salida de emergencia
- El número de instrumentos, herramientas y máquinas necesarias.

El Salario:

Se pagará una cantidad previamente estipulada y de acuerdo con el grado de dificultad, calidad y cantidad del trabajo. Se deberán pagar los salarios corrientes.

El tipo de trabajo:

Se deberá tomar en cuenta edad, sexo, experiencia, el interés del paciente y las posibilidades para desarrollar cierto tipo de trabajo.

Se proponen labores creativas que requieran el menor número de herramientas y en las cuales el paciente logra satisfacción y muestra sus habilidades y le da cierto conocimiento y orgullo. Además se tendrá en cuenta la seguridad física del paciente y su personalidad.

Las actividades tendrán por objeto utilizar la energía destructiva de los pacientes hiperactivos y movilizar la restricción de energía de los retraídos. Se estimulará la liberación constructiva de la hostilidad y la renuncia de permanecer en un grupo de trabajo lo que facilita la interacción social.

Posteriormente se venden a la venta los productos elaborados por los pacientes.

Ventajas:

El paciente ayuda económicamente a su familia

El hospital recibirá un porcentaje del dinero obtenido de la venta, el cual podrá emplear en mantener y aumentar el programa para otros enfermos.

La venta de productos elaborados por enfermos despierta el interés y admiración del público.

El paciente sale de sus encierramientos, estableciendo mayor contacto con el medio ambiente (la realidad), encuentra satisfacciones duraderas y provechosas y adquiere un sentimiento de dignidad al saberse útil dentro de la sociedad.

El trabajo bien remunerado le devuelve la confianza en sí mismo y lo ayuda a encaminar sus pensamientos en dirección normal y constructiva, lo que favorece el restablecimiento.

Ayuda al paciente a readaptarse al medio social y a tener capacidad para desarrollar un determinado trabajo al salir del hospital. (22)

PSICOTERAPIA DE GRUPO BASADA EN LA TEORIA DE LA COMUNICACION (Instituto Mendo)

El psicótico es el miembro emergente de un grupo social enfermo (la familia) y su problemática difícilmente se comprenderá y resolverá aisladamente. En el grupo terapéutico se puede visualizar en forma directa las modalidades del psicótico en sus relaciones interpersonales y conocer sus formas de comunicación.

El grupo se coordina por un terapeuta varón y una mujer, lo que permite reproducir la situación de triangulación real del grupo primario, actualizando la expresión de conflictos.

Es común que en uno de los terapeutas se depositen aspectos negativos y en el otro los positivos, lo que facilita la labor.

Las psicoterapias de grupo son supervisadas en una sesión semanal por 2 supervisores, lo que permite enriquecer la comprensión por la visión descontinuada de la persona considerada de "afuera", favoreciendo el afinamiento del instrumento de trabajo y el conocimiento teórico.

favorece la idea de cooperación en un ambiente generalmente libre, que permite reconocer aciertos y errores en el espacio para estrategias y resolver problemas técnicos concretos.

La técnica utilizada es la psicoterapia analítica de grupo, privilegiando la interpretación grupal y en transferencia.

El psicólogo se dedica a tener transferencia, la cual varía - del analítica en intensidad y calidad, ya que los terapeutas - en lugar de ser "como si fueran" padre y madre como una realidad.

La transferencia no es solo hacia los terapeutas, sino hacia todos los miembros del grupo como un todo. Los participantes van proyectando desde su historia individual, sus fantasías - inconscientes en los terapeutas, o compañeros sus asociaciones - inconscientes relacionadas, se van incrementando hasta - constituir la fantasía grupal inconsciente, la cual se articula en forma fragmentada muy gradualmente a través de mucho tiempo.

En todos los grupos hay fenómenos individuales y colectivos - sustentados en supuestos básicos y estructurados. Estos grupos no difieren en esto de los demás. La diferencia estriba - sobre todo en la intensidad de los fenómenos. Se da la existencia de un líder, en quien se puede depositar lo bueno, acatando su mandato y dependiendo de él, o al otro extremo, que sería del "chivo expiatorio" que es condenado a acatar todo - lo malo y a quien se tiende a expulsar.

En el aspecto individual, el paciente tiende a repetir tanto - su conducta personal como su rol personal, pero este nuevo - grupo tampoco lo acepta así, sino que presiona al cambio.

TERAPIA FAMILIAR:

Forma parte de la estrategia terapéutica, pues el psicótico - se considera como resultado de la interacción patológica de - los miembros de la familia y porque la familia es la unidad - donde el nace, crece, se desarrolla y recibe tanto ideología - como la cultura que gobierna la actitud y la toma de posición en la relación con los objetos y problemas reales de su existencia social e individual.

Si la familia no es estudiada y tratada, se dificultará la terapia con el paciente, porque éste cumple el rol de depositario de las psicosis y los deseos inconscientes de la familia.

Además, la terapia familiar permite apreciar en vivo los factores desencadenantes de la psicosis y comprender que el síndrome latente en la familia se manifiesta en el enfermo.

que fenómenos que se dan en estas familias son antagonismo y contradicción. La comunicación no es directa y no se maneja la verdad ni se da voz al paciente, en la comunidad ocurre lo opuesto.

Mientras la familia aísla, la comunidad conecta y rompe el verticalismo; la familia excluye, la comunidad tiende a incluir. En la familia se consigna la impotencia, en la comunidad se alienta la actividad.

La familia del psicótico está entrecruzada de alianzas para el control; la comunidad busca aliados para la autonomía. El grupo familiar pretende petrificar al enfermo en su rol, la comunidad terapéutica busca la ruptura de estereotipos.

Los objetivos de la terapia familiar son:

1.- Conocer la estructura de la familia y la determinación estructural que generen los factores desencadenantes de la psicosis y para conocer los mitos secretos, prohibiciones, comunicación patológica, en fin todo aquello que ha enfermado al paciente.

2.- Busca la cura de la propia familia.- El trabajo clínico está destinado a elaborar las circunstancias, situaciones o problemas que se hayan detectado. La terapia familiar en la institución está interconectada con las otras terapias y se realiza en forma de coterapia con el trabajo de 2 terapeutas, preferentemente de sexos distintos, para disminuir la competitividad, tener mayor capacidad de comprensión y de contención y facilitar los vínculos transferenciales. (22)

INSTRUMENTOS QUE SE UTILIZARON EN LAS TESIS ANALIZADAS PARA LA INVESTIGACION Y DIAGNOSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA

La psicología desde sus inicios ha tenido que crear instrumentos de valor diagnóstico que le permitan por una parte medir y por otra conocer y comprender las reacciones y emociones de los pacientes.

La medición se realiza a través de las pruebas psicométricas y el conocimiento y comprensión de los afectos por medio de las pruebas proyectivas, que se basan en la percepción como un proceso activo e intencional que involucra todo el organismo en relación con su campo.

Por su naturaleza la actividad perceptiva tiene raíces que -- llegan muy hondo en la matriz total de las experiencias pasadas del individuo y se extiende hacia el futuro para moldear su orientación.

En este capítulo se hace una descripción general de las pruebas tanto psicométricas como proyectivas más usadas en la investigación y diagnóstico de la esquizofrenia y que fueron empleadas en los trabajos que se están utilizando con objeto de ampliar el panorama de la labor que se realiza en esta institución en busca de nuevos conocimientos y alternativas para ayudar al enfermo esquizofrénico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA POR MEDIO DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS.

La desorganización esquizofrénica se indica por cuatro aspectos de las variaciones intra-individuales e inter-individuales de eficiencia y logro mostrados a través de las pruebas psicológicas.

Dichos aspectos son:

- a) ¿Que varía?
- b) ¿En que dirección varía?
- c) ¿Cuánto varía?
- d) ¿Cuál es la cualidad o contenido de la variación?

No es necesario que las indicaciones de esquizofrenia en ningún conjunto de resultados de las pruebas particulares abarquen los cuatro aspectos de la variación. Generalmente solo dos o tres aspectos son claros y algunas veces aun un tipo de variación será suficiente para indicar el diagnóstico.

Este es uno de los principales problemas de la investigación de los resultados de las pruebas de los esquizofrénicos: en la mayor parte el tipo de la variación puede mostrarse como presente en un porcentaje significativamente de casos firmemente establecidos en términos estadísticos como una indicación diagnóstica válida. Sin embargo, los resultados de las pruebas indicarán en la mayoría de los casos individuales si se diagnostica esquizofrenia o no.

Un segundo problema es que las respuestas de las pruebas de casi todos los sujetos esquizofrénicos están básicamente moldeadas por aspectos permanentes, no esquizoideas de elaboración de carácter premorbozo. Psicológicamente no hay razón para esperar el desarrollo de una esquizofrenia represente el abandono completo de esfuerzos de ajuste premorbozo y una pérdida completa de logros asociados, y en base a los resultados empíricos de las pruebas, es evidente que no hay tal rompimiento con el pasado. Consecuentemente si los patrones de distribución de un esquizofrénico premorbosamente obsesivo se comparan, es probable que las puntuaciones en las pruebas varíen mucho. En otras palabras, no puede asumirse que todas las variaciones en los resultados de las pruebas sean referibles en presencia de la psicosis, ni se puede asumir que las variaciones no-psicóticas sean puramente al azar.

Un tercer problema de investigación y exposición es que las diferentes indicaciones diagnósticas, en los resultados de las pruebas pertenecen a diferentes aspectos del síndrome de los esquizofrénicos. Un patrón del resultado de las pruebas no indica esquizofrenia, indica una característica que identifica la esquizofrenia. Dependiendo del tipo de esquizofrenia o de la etapa en que se encuentra, los patrones variarán.

Rapaport, Gill y Schafer en "Pruebas del diagnóstico psicológico", demostraron en cierta medida que los patrones de diagnóstico sí cambian con los cambios en el síndrome esquizofrénico. Estamos lejos, sin embargo, de comprender completamente la significancia específica de muchos de los patrones que usamos al diagnosticar Esquizofrenia.

A continuación se describen los resultados más comunes en las pruebas más significativas en los esquizofrénicos. Se presentará primero un resumen general de indicaciones diagnósticas y luego se tomarán los patrones distintivos de los varios subgrupos de esquizofrénicos.

ESCALA DE INTELIGENCIA DE DAVID WECHSLER

Este test está basado en diversos ejercicios mentales que durante muchos años demostraron eficacia en la evaluación de capacidades intelectuales. La prueba consiste en diferentes subtests, los cuales se agrupan en escalas: Escala Verbal, que comprende los siguientes: Información, comprensión, aritmética, semejanzas, dígitos y Vocabulario.

La escala de ejecución comprende: Símbolos y dígitos, figuras incompletas, diseños con cubos, ordenamiento de figuras y ensamble de objetos.

La aplicación de la prueba es en forma individual a sujetos mayores de 14 años.

Los puntajes crudos que son directamente obtenidos por el sujeto en prueba, se transforman en puntaje pesado, que representa la proporción o peso que se ha dado a cada uno de los subtest dentro de la prueba. Para esto se utilizan las tablas que fueron elaboradas para 10 diferentes grupos de edades y que toman en cuenta tanto los procesos normales de desarrollo en edades tempranas, como de deterioro en edades tardías.

Posteriormente se transforman los puntajes pesados en una calificación en términos de coeficiente intelectual.

Es importante tomar en cuenta las discrepancias en la calificación de unos subtest con otros para la interpretación final.

Cada subtest evalúa ciertas funciones subyacentes:

Información.- Nivel intelectual, oportunidades, conocimiento, memoria, asociación y organización de la experiencia.

Comprensión.- Razonamiento, organización del conocimiento, capacidad de aprender de las experiencias, juicio social.

Aritmética.- Atención, concentración, razonamiento, formación de conceptos numéricos.

Semejanzas.- Nivel de pensamiento, formación de conceptos.

Retención de dígitos.- Memoria inmediata, atención, concentración, imaginación auditiva y visual.

Vocabulario.- Habilidad para aprender, información verbal, amplitud de ideas y vocabulario, nivel intelectual.

Complemento de figuras.- Percepción o imaginación visual, habilidades perceptivas y conceptuales, agudeza visual, concentración visual.

Percepción auditiva.- Percepción y síntesis, percepción de la forma, integración fonológica y coordinación visomotora.

Undeclarato de Figuras.- Percepción visual de relaciones, coordinación visomotora, actividades, habilidades.

Escuela de objetos.- Organización, percepción e integración visual, omisión de actividades rotas.

Simbolos y dígitos.- Agudeza visual, coordinación motora, percepción numérica, velocidad, integración visomotora, integración visual, velocidad visomotora.

INDICADORES ESPECIFICACIONES

1.- Diferencia e grado de las puntuaciones de las subpruebas.

Si una prueba de las pruebas se desvía de manera importante del nivel de información vocabularia, o si casi todas las puntuaciones muestran variabilidad sorprendente, se sugiere la asignación de diagnóstico psicofrénico. Hay listas puntuadas que que tienden a ser más seguidas y más dramáticamente en los registros de esquizofrénicos: las puntuaciones en "Comprensión", "Aritmética" y "Copiamiento de figuras". Así, el bajo rendimiento de juicio y concentración en la esquizofrenia a menudo es inmediatamente evidente en la discrepancia "Percepción de dígitos", "Ordenamiento de historias" y "Escuela de objetos", pero en muchos tipos de casos. Sólo si hay una caída extrema (5 o más puntos) al nivel general se sugiere a 6 o más puntos, si el nivel de promedio o bajo de prueba, la discrepancia se vuelve diagnóticamente sugestiva.

2.- Indicaciones cualitativas.

a) Información.- Fallar un número de puntos muy fáciles y pasar un número de dificultades, respuestas incorrectas o "no recuerdo" en respuesta que deberían basarse en base a los intereses o entrenamiento del sujeto, reflejan funcionamiento desorganizado de la memoria y pérdida de logros previos.

b) Comprensión.- Fallar en una o dos partes fáciles y pasar los puntos difíciles; sacar a flote preocupaciones irrelevantes, respuestas consistentemente egocéntricas ofrecidas seriamente, intercalaciones irrelevantes, contestar a otras preguntas distintas a las hechas por el examinador, reflejan una falla psicofrénica de juicio.

c) Retención de dígitos.- Superioridad con relación de dígitos hacia atrás sobre dígitos hacia adelante, superioridad de dígitos hacia adelante sobre dígitos hacia atrás "restricciones" arbitrarias para facilitar el recordar, con una tendencia clara de falla de juicio.

- d) **Aritmética.** - Fallar la mayoría de los puntos fáciles y presentar los más de los difíciles tres puntos difíciles. La mayoría de las respuestas equivocadas, la incapacidad para aprovechar con la asistencia más breve en algunos fáciles, los intentos de cambios de solución, una aproximación literal a los problemas más que sincera y no fingida, las fallas no usuales, parecen reflejar la falta de la habilidad para concentrarse. Los intentos bizarros de aproximación requeridas, reflejan la falta de juicio.
- e) **Similitudes.** - Fallar y contestar buenas respuestas sobre puntos fáciles y pasar las difíciles, sincréticas en extremo, conceptos abstractos, conceptos extremadamente concretos y fabulados, negación consistente de la similitud, con una puntuación baja cuando el nivel intelectual está arriba del promedio, síncrono consistentemente diferencias además de 6 en lugar de similitudes.
- f) **Vocabulario.** - Fallar puntos fáciles y pasar puntos difíciles, reproducción adecuada de palabras de vocabulario, sacadas alisonantes impulsivas extremadamente forzadas como bases para definir palabras.
- g) **Ordenamiento de Historias.** - Percepciones distorsionadas de confusión, discrepancias extremas entre la frecuencia ofrecida y la historia contada, la fragmentación o bloqueo de anticipaciones en puntos fáciles, anticipaciones erróneas y extrañas que están basadas en detalles periféricos o en consideraciones totalmente ajenas.
- h) **Completamiento de figuras.** - Fallar puntos fáciles y pasar los difíciles, inhabilidad para reconocer ciertos objetos a pesar de tener una buena inteligencia (generalmente ocurre donde uno de los síntomas es la confusión).
- i) **Diseño con bloques.** - No usar otros colores más que rojo y blanco, especialmente si los bloques rojos o blancos están siendo usados al mismo tiempo; adaptación persistente de diseño verdaderamente incorrecto como correctores; pasar insistentemente los diseños al revés, rotación y acomodación de los bloques, sin plan y relajamiento, hasta que se alcanza alguna solución; diversión para ordenar un diseño correcto a la misma sugerencia del examinador de que puede ser incorrecto. En la mayoría, estos errores reflejan la realidad en la prueba o falta detallada del pensamiento conceptual.
- j) **Diseño de Objetos.** - Mal reconocimiento o falta de reconocimiento del "perfil" o de la "mano" después de que el diseño ha sido acomodado, errores de las contornos sin una

plan, se le califica, considerando principalmente a la calidad del contenido, pero también con respecto a las estrategias como para indicar niveles de calidad de lecturas y plan que de participaciones, aceptación de decisiones de los miembros de las asociaciones, acuerdos.

- Símbolo de dígitos.- Frecuentemente errores de copia sin que cumplir la los conceptos básicos frecuentemente visto caso, se allí debe lo que para saber si el símbolo - correctamente en el medio del cuadro; gran distorsión de símbolos, símbolos fluctuaciones en la base de trabajo.

EFICIENCIA EN EL APRENDIZAJE.

La eficiencia del aprendizaje como una habilidad desarrollada cuando la cantidad de recuerdo está mercedamente por debajo de lo que se esperaba en base a los logros del sujeto en las subpruebas de información y vocabulario en la escuela. Se llama así la calidad del recuerdo se distinguen por recombinaciones frecuentes de los elementos de la historia, por un intrucción frecuente del nuevo material, o por sorprendente presentación en la historia.

También se refiere a la habilidad cuando el recuerdo retroceda es mercedamente más pobre que el recuerdo inmediato, sin embargo no hay una división que la regresión ocurre y falta progreso del desarrollo frecuentemente producen los mismos resultados. El diagnóstico diferencial debe hacerse usando las pruebas. (14) (15)

TEST PSICOMÉTRICO VIGORATOR DE SENIOR.

Este test se basa en la teoría de la Gestalt (configuración estructural), que sostiene que el mundo sensorial está organizado cualidades y propiedades que afectan a nuestro entendimiento, el se identifica a las relaciones como unidades y no como construcciones de estímulos, formando un proceso total, o sea la recuperación del significado de su conjunto, a la situación integral.

Dicho proceso es de tal naturaleza que tiene un nivel regular y distribución típica.

Esta teoría condujo a Carlotta Hunter a investigar el problema que permite relacionar la percepción con la personalidad y sus patrones dinámicos.

En método y aplicado el campo de la observación, objeto que no sólo esclarece la cuestión de lo que el sujeto perciba, si

El sujeto del test que está en la su concepción, lo describe libremente, por medio de una reproducción de imágenes estilizadas. Como las directrices, los experimentos en los que se elige la selección libremente a describir sus experiencias.

Esta prueba consiste de 9 dibujos a base de líneas y puntos, -- seleccionadas del trabajo realizado por Wertheimer en 1933.

Los participantes son pedir al sujeto que reproduzca con un lápiz estos dibujos sobre una hoja de papel en blanco tamaño carta.

En la versión descrita una muestra los dibujos en tarjetas.

La configuración final lo integran en el espacio y en el tiempo de manera que la Gestalt final se compone de:

- 1.- Un patrón original en el espacio (patrón visual)
- 2.- Factor temporal al sucederse.
- 3.- Factor sensorial sensoriomotor.

Hay una tendencia no solo a percibir las gestalten (elementos que componen una Gestalt), sino a complementarlos y reorganizarlos de acuerdo con principios biológicamente determinados por el patrón sensorio motor de acción. Este patrón se espera que varíe con la maduración o estacionamiento en estados psicológicos orgánicos y funcionalmente determinados.

La percepción, las habilidades motoras y las funciones organizadas y asociativas de las gestalten están sujetas a un proceso de maduración y dichas funciones pueden o no realizarse, deteriorarse o sufrir una desorganización y todo esto puede -- ser detectado a través de estas pruebas. (93)

INDICADORES ESQUIZOFRENICOS.

El esquizofrénico que copia las figuras del Bander muestra -- muchos de los mismos problemas que exhibe en su motricidad. Hay una tendencia a utilizar viejas respuestas primitivas entrelazadas con las capacidades más maduras que cabe esperar -- del nivel de maduración. Por lo tanto, hay un uso excesivo -- del movimiento vertical, incluso con una buena forma de rombo. Una serie de figuras sobre un plano horizontal pueden ser ligadas, formando una figura vertical. Los límites de los círculos son inclinados y más de una vez se los sobrepasa. Los centros de los círculos son interiores; no hay puntos sino muchos círculos pequeños, por la misma razón, las formas angulares -- crucadas están fragmentadas. Es imposible controlar fácilmente la acción y las figuras son elaboradas, agrandadas y repetidas. El producto total constituye un patrón por sí mismo.

del agua, el agua, basada en el movimiento vertical. Los patrones perceptuales que se observan, por lo tanto, se relacionan con el tiempo. Cabe señalar también de paso, y en relación a la matriz de los límites de los dibujos de Hay, el intento de explorar y llenar profundidades que la largura y la cuarta dimensión. En esta matriz fluida, la estructura que hay en ella es que el patrón se rompe; una parte de la figura es separada del todo y llevada a rotar con mayor rapidez; un grupo de círculos pequeños se separa de todo el conjunto. Es como si lo que se muestra al girar en un círculo circular de agua agitada, cuando la mano se mueve de las ondas. La mejor manera de comprenderlo consiste en pensar en términos de un transitorio en el factor temporal en la conducta estructurada característica de cada campo de la conducta, siendo de ese factor temporal de origen biológico y extendido relacionada únicamente con este proceso psicológico. Otras formas de conducta, tales como reactiva, proyectiva e introyectiva, elaborativa, inhibidora, perturbadora y concreta, constituyen esfuerzos por parte de la personalidad para orientarse según sea patológica y, de ser posible, controlarla.

Los dibujos gestalticos de pacientes esquizofrénicos típicos se reconocen fácilmente por la naturaleza bicerra de las configuraciones producidas, la frecuente división en las figuras una cohesión insolita entre todas las figuras y un aumento en el movimiento de advección. Los intentos por utilizar dichas figuras para ideaciones delirantes, adornadas con líneas que las conectan entre sí, destruyendo la gestalt original, y creando figuras nuevas, suelen ser también evidentes. En tales casos, el test gestaltico se convierte realmente en una técnica proyectiva al permitir que el examinado proyecte sus propias ideaciones.

TEST DE DIBUJO VISUAL DE ELLIS.

En un test visomotor diseñado por Ellis en 1927 y estandarizado por Brannan en 1946.

Consiste en 10 láminas con figuras geométricas diseñadas en negro sobre tarjetas blancas tamaño postal y colocadas en orden de dificultad creciente.

Este test ha demostrado ser de valor comparable al Test de Bender, en el diagnóstico diferencial a las condiciones orgánicas.

Se expone cada una de las figuras al sujeto durante 5 segundos; pidiéndole luego que lo dibuje del mismo modo que estaba en el cuadro.

Las puntuaciones del test se obtienen dando un punto por cada dibujo correcto y medio por cada dibujo que aduciendo solamente uno de los errores, resultase en su similitud.

Se corrigiere error-fuente al dibujar el reves, poniendo 18 de la derecha en la izquierda, invertiendo poniendo 18 de abajo arriba, o desvirtuado en ángulo de 90 grados.

Los 6 los errores se copusan cero. El total de los puntajes correspondientes a cada figura de el computo final.

ESCALA DE REGISTRO PSICIASTRICO DE OVERALL Y SPOFFORD DE LA UNIVERSIDAD DE HOUSTON, TEXAS.

Contiene 18 sintomas clinicos y el diagnostico, tiempo de evolucion, numero de internamientos en hospital, edad y estado civil.

Los sintomas son los siguientes:

Fredupacion por aspectos somaticos, ansiedad, aislamiento emocional, desorganizacion conceptual, sentimientos de culpa, tension fisica, repetitividad y posturas, sentimientos de gran dignidad, estado de animo, hostilidad, suspicacia, conducta alucinatoria, retardo motor, no cooperatividad, contenido inusual del pensamiento, degradacion emocional, afectacion de la memoria, alteraciones de orientacion en el tiempo, lugar y personas.

La calificacion de los sintomas se hizo en base a una escala nominal cuyos puntajes estan comprendidos entre 1 y 7, los cuales indican la magnitud de cada sintoma, yendo desde la nulidad (puntaje 1), hasta un sintoma extremadamente severo (puntaje 7). (93)

Debido a que los sintomas enumerados son indicadores de esquizofrenia, cuantos mas alto sea el porcentaje y mayores sean los sintomas que afectan al sujeto, mas acertado sera el diagnostico esquizofrenico.

ESCALA DE MEMORIA DE DAVID WECHSLER

Consiste en los siguientes subtest, los cuales combinados con los otros dan como resultado el coeficiente de memoria (cm).

1.- Preguntas de informacion personal y actual, por ejemplo: ¿Qué edad tiene Ud.?

No. de items 6 - Puntaje máximo 6.

2.- Preguntas a cerca de la orientacion, por ejemplo:

¿En que año estamos? ¿Cual es el nombre del lugar en que estamos?.

No. de items 5 - Puntaje máximo 5.

- 1.- Pruebas del control mental, tales como contar dedos atrás de 20 a 1, o decir el día de la semana.
- No. de items 3 - Puntaje máximo 7.
- 2.- Pruebas de memoria verbal por medio del recuerdo inmediato de dos párrafos narrativos con los mismos al sujeto, con la diferencia de que el segundo se encuentra reproducido al sujeto.
- No. de items 2 - Puntaje máximo 20.
- 3.- Retención de dígitos desde adelante y hacia atrás como en la escala de la inteligencia del mismo autor.
- No. de items 3 - Puntaje máximo 13.
- 4.- Reproducción visual de un cuadro y diseños simétricos inmediatamente después de una exposición de 10 segundos.
- No. de items 3 - Puntaje máximo 14.
- 5.- Aprendizaje por asociación espacial.
- No. de items 3 - Puntaje máximo 21.

Los coeficientes de correlación obtenidos por medio de esta prueba son directamente comparables con el coeficiente de inteligencia del sujeto, lo que hace posible la comparación de las reacciones de la memoria del sujeto con aquellas de otras funciones intelectuales.

ESCALA TENNESSEE DE AUTOCONCEPTO DE WILLIAM FITTS (1949).

Consiste en 100 afirmaciones auto-descriptivas que el sujeto usa para describir la imagen que tiene de sí mismo. La escala se aplica a grupos. Puede usarse con sujetos de 14 o más años que pueden leer. Es aplicable no solamente a personas bien ajustadas y sanas, sino también a pacientes psicóticos. La mayoría de los sujetos toman de 10 a 20 minutos para contestar la escala. La escala está disponible en dos formas: La forma para consultar psicológica y la forma clínica o de investigación, la diferencia estriba en la calificación y en el sistema de perfiles.

La forma clínica es más concreta en su análisis e interpretación y no es apropiada para autointerpretarse y contestarse con el sujeto.

En el desarrollo de la escala tennessee, Fitts y Hammer (1949), afirman que el autoconcepto puede ser subdividido en dos áreas distintas que reflejan la estructura de referencia de cualquier individuo. Estas dos áreas son llamadas marcos de referencia "interno" y "externo". Un marco interno de referencia indica como la persona describe a sí mismo, mientras que un marco externo indica como la persona utiliza las fuentes externas para describirse a sí mismo.

El mundo interno está dividido en 3 áreas distintas por superiores:

1) Integridad, 2) Autoaceptación, 3) Autoestima

El mundo de referencia externa está dividido en 5 áreas distintas:

1) Yo físico, 2) Yo ético-moral, 3) Yo personal, 4) Yo social
5) Yo familiar.

Existen escalas de reactivos que miden la capacidad de autoconciencia. La escala es un instrumento objetivo del tipo Likert, - el cual produce una puntuación en 5 dimensiones internas, 5 externas, así como una puntuación total de autoestima. Los 10 reactivos fueron clasificados de acuerdo a un sistema taxonómico, de un número muy grande de afirmaciones autodescriptivas.

La variabilidad total representa el total de variabilidad de una área de autoconcepción a una; el puntaje total de distribución indica la seguridad de cómo se percibe uno a sí mismo; el puntaje total de conflicto refleja respuestas conflictivas a reactivos positivos y negativos dentro de la misma área de la autoconcepción. (32)

TEST DE SIMON

El material de este test consiste en seis series de fotografías, cada una de las cuales consta de 8 fotografías de diversos tipos de pacientes mentales:

Un homosexual, un sádico, un epiléptico, un esquizofrénico catatónico, un esquizofrénico paranoide, un maniático depresivo en fase depresiva y un maniático depresivo en fase maniaca.

Así cada categoría nosológica está representada por 8 fotografías. A los 6 tipos de trastornos se les llama factores.

Se le presenta al examinado cada serie en forma constructiva con instrucciones de elegir las dos fotografías de cada serie que más le gusten y las dos que más le disgusten. Así finalmente elige doce fotografías que le gustan y doce que le desagradan. Estas selecciones se registran en forma de un protocolo cuadrado.

Las 8 columnas verticales corresponden a los 8 factores. Las 8 filas superiores corresponden a las selecciones de agrado (+) y las 8 inferiores a las desagradables (-). Cada elección se representa por el sombreado del cuadrado correspondiente.

Los factores están representados por letras circunscritas:

h = Homosexual

e = Esclita

ep = Epiléptico

ny = Histerión

k = esquizofrénico catatónico

o = esquizofrénico paranoide

d = maniaco depresivo en fase depresiva

m = maniaco depresivo en fase maníaca.

Los ocho factores se agrupan en 4 vectores señalados con iniciales mayúsculas:

S = Vector sexual (agrupa h y e)

P = Vector paranoico (agrupa e y ny)

E = Vector esquizofrénico (agrupa k y pl)

C = Vector circular (agrupa d y m)

El material estímulo se basa en la teoría Szondi que él llama "genotropismo", la cual implica que los genes - más exactamente los recessivos latentes - ejercen alguna suerte de atracción o, en términos de Szondi, que la función psicológica de los genes recessivos latentes consiste en dirigir nuestras -- reacciones instintivas (espontáneas) de elección. Se supone -- que cada una de las manifestaciones de esta "dirección", consiste en que la libido es atraída o dirigida hacia el individuo que en cierta medida tienen una cepa genética similar.

Los 8 tipos de trastorno mental se relacionaron partiendo -- del supuesto de que estos trastornos obedecen las leyes hereditarias de la herencia.

Es necesario pensar que los 8 factores del test corresponden a 8 sistemas de necesidades diferentes. El supuesto de que en las enfermedades mentales y emocionales maníacas constituyen expresiones extremas de ciertas necesidades que actúan en todas las personas, explica que el test pueda aplicarse a personas "normales" o a casos psicopatológicos.

Las 5 clases de necesidades emocionales representadas en el -- test por casos patológicos extremos, son las 5 dimensiones -- básicas de la vida emocional, con respecto a las cuales debemos evaluar cualquier personalidad.

La descripción más general de esas 8 necesidades es la siguiente:

- 1.- Factor "a" representa la necesidad de amor, tiempo familiar, etc.
- 2.- Factor "b" representa la necesidad de actividad y agrado.
- 3.- Factor "c" indica la forma en que la persona maneja sus emociones crudas y agresivas.
- 4.- Factor "d" representa la necesidad que una persona tiene de exhibir sus emociones.
- 5.- Factor "e" representa las necesidades volutas narcisistas.
- 6.- Factor "p" indica las tendencias expansivas del yo.
- 7.- Factor "c" indica la necesidad de adquirir y dominar objetos.
- 8.- Factor "a" indica la necesidad de aferrarse a los objetos como fuente de goce.

Este test tiene como función indicar el grado o estado de tensión y la actitud consciente o inconsciente del individuo con respecto a esa tensión en cada uno de los 8 sistemas de necesidades descritas.

El sujeto elige fotografías correspondientes al factor que corresponde a la tensión de su necesidad. El número absoluto de elección dentro de cada factor debe interpretarse de acuerdo a ese principio.

Por otro lado, ninguna elección, o un número de dos elecciones (únicamente si una es + y la otra -) dentro de un factor, indica que el sistema de necesidades correspondiente no se encuentra en estado de tensión.

La dirección de las elecciones depende, además de la existencia de una tensión, de la necesidad, de la aceptación de ese impulso particular. Si esta última se identifica con la tendencia psicológica que expresa la fotografía de una determinada categoría, la reacción correspondiente en ese factor será (+). En el caso de una contradicción, la reacción será (-). (CC) (1)

PUEBA DE CLASIFICACION DE OBJETOS

PARTE I

El concepto de retención en muchos experimentos de "saga". Cualquiera de los muchos objetos que están abarcados por el proceso conceptual convencional, están incluidos en cualquier clasificación, o dos o tres objetos cuya formación de concepto convencional casi nunca se refiere a uno u otro, están colocados juntos. Las clasificaciones en cadena son raras pero son fuertemente diagnósticas y no deberan ser confundidas con "cadenas radiales", que se refieren más a lo exhaustivo que al relacionado "aditivo".

La conceptualización verbalizada de la clasificación fragmentariamente indica la expansividad conceptual, siendo o demerada inclusiva en su cualidad de abstracto (sincrético) o demerada inclusiva en su contenido fabulado concreto.

También deben tomarse en cuenta las interpretaciones sincréticas.

PARTE II

Las conceptualizaciones en la parte II a menudo tienen la misma relación o cualidad sobre-expandida (fabulada o sincrética) que en la parte I. El rasgo que distingue estos conceptos es que ellos podrían inmediatamente o parcialmente incluir a la mayoría o a todos los objetos de prueba que restan, sino es que todo en la habitación. El examinador debe tener cuidado para distinguir la expansividad del esquizotipicidad de las fabulaciones de los sujetos egocéntricos, generalmente de las personas narcisistas o histéricas. Se ha visto a veces ocurrir clasificaciones falsas en la parte I, en base a las conexiones fabuladas entre los objetos, pero el contenido de estas fabulaciones es casi siempre de un tipo relacionado con las actividades familiares. Los psicópatas generalmente también ofrecen una o dos fabulaciones. En estos casos las pruebas restantes facilitarán el diagnóstico diferencial. (21)

FORSCHERCH

Es un test de percepción que consta de 10 láminas con manchas de tinta casi simétricas impresas en papel blanco. 5 láminas son de color gris, dos más en gris con manchas de color rojo y tres en colores claros y variados.

Se presentan las láminas al sujeto, siguiendo siempre el mismo orden, ya que desde el punto de vista diagnóstico, el orden de la presentación puede provocar choques que representan estados neuróticos o de ansiedad.

El sujeto debe explicar que es lo que ve en las manchas y grado de la personalidad pluridimensionalmente, siendo las 3 dimensiones principales la actividad intelectual consciente, las reacciones exteriorizadas y la emocional interna.

El periodo de examen consta de las 4 fases siguientes:

- 1.- Presentación de las láminas y registro de las respuestas.
- 2.- Interrogatorio para aclarar las respuestas del sujeto (en cuestión).
- 3.- Periodo de analogía, empleado para saber si un determinado tipo reconocidamente usado en conexiones con la respuesta - es aplicable a otras.
- 4.- Fase de los límites, que se realiza sólo cuando el sujeto no responde a algunos estímulos de las láminas en forma convencional, esto es, dando lo que se considera respuestas populares.

Las 6 principales categorías de clasificación son:

- 1.- Localización.- ¿Dónde fue visto el concepto expresado, -- dentro de la lámina?
- 2.- Determinantes.- ¿Cómo fue visto el concepto? ¿Qué cualidades de la mancha lo determinan?
- 3.- Contenido.- ¿De qué asunto trata el concepto visto?
- 4.- Popularidad, originalidad.- ¿Con qué frecuencia es visto el objeto por otros sujetos?
- 5.- Nivel formal.- ¿Cuál es la exactitud con que se visto el concepto?
- 6.- Precisión de la percepción.- ¿Con qué grado de exactitud -- corresponde la mancha al concepto emitido?

Una vez clasificadas las respuestas, se elabora el psicoprograma en el que se representa la distribución de las clasificaciones de los determinantes. Posteriormente se calculan y registran ciertas relaciones cuantitativas importantes por medio de fórmulas específicas y de éstas se desprenderán las hipótesis interpretativas de la prueba.

Los principales indicadores de desorganización esquizofrénica son los siguientes:

- 1.- Nivel formal o F₁ debajo del 50%, y específicamente debajo del 50%.
- 2.- Agrupamiento masivo de C pura, D pura que exceda respuestas CF y FC, especialmente si las respuestas FC están ausentes o se vuelven arbitrarias, o si las C's puras toman cualidades sangrientas.
- 3.- Agrupamiento relativo de respuestas sexuales, especialmente si estas están en áreas desusuales, de cualidad sorprendente, o de forma absurda o si pertenecen al acto sexual más que a los órganos sexuales individuales.
- 4.- Cambios repentinos de la calidad del registro, como falla las últimas 4 tarjetas después de dar un registro expandido hasta ese punto, o dar C's puras perseverativas en las tarjetas VIII, IX y X después de un registro ordenado

- 5.- Secuencia extraordinariamente regular de localizaciones de respuestas, reflejando una aproximación intelectual "distribuida" a las situaciones.
- 6.- Verbalizaciones desviadas: Contenido extrafalarico o absurdo, reconocimiento satirista que conduce a conceptos confabulados o contaminados, rompimiento de la línea de comunicación interpersonal que conduce a formulaciones peculiares y eventuales a la incoherencia. (35)

MMPI

Es una técnica objetiva para evaluar la personalidad por medio de escalas o perfiles.

Consta de 566 frases formuladas como proposiciones declaratorias de la 1a. persona de singular, extendiendo forma afirmativa y negativa. La persona debe responder si la pregunta es cierta o falsa para él, en una hoja de respuestas.

Las bases fundamentales que definen esta prueba siguen el -- criterio de que, cuando un grupo de personas son similares en ciertos aspectos de su conducta, son también similares en -- otros aspectos y por lo tanto, ciertas características de la personalidad individual son sugeridas por la forma en que responden cuando estas contestaciones se comparan con las del -- grupo identificado.

Se utilizan en esta prueba 4 escalas de validez y 9 clínicas. Puede utilizarse para lograr una separación objetiva entre -- personas mentalmente enfermas o sanas, o con rasgos o tendencias patológicas. (29)

FRASES INCOMPLETAS DE SACKS

Esta prueba es una variación del método de asociación de palabras, con mayores ventajas, debido a que sugiere mejor los -- contextos y se enfoca más específicamente a ciertas áreas. Su objetivo es obtener material clínico significativo en 4 áreas representativas de adaptación: familiar, sexo, relaciones interpersonales y concepto de sí mismo.

La forma de aplicación puede ser autoadministrada, o sea proporcionar al sujeto el material escrito con frases incompletas que él debe completar con la primera idea que llegue a su mente.

También puede aplicarse individualmente, es decir, el psicólogo lee frases y registra las respuestas, el tiempo de reacción y otras observaciones que pueden ser valiosas para la interpretación. (12)

FIGURA ESCOCIANA: HARRIS DE DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA.

No se trata de una medida pura de "inteligencia", debido a que este concepto implica gran cantidad de aspectos del funcionamiento intelectual del individuo.

Por eso es más aceptado estudiarla mediante el análisis factorial.

Se ha aceptado que las habilidades o potencialidades pueden ser consideradas solamente después de su desarrollo, mismo que se observado desde el punto de vista del repertorio de respuestas como resultado de la estimulación externa. La riqueza del repertorio de respuestas se incrementa al paso del tiempo y su ejecución se hace más compleja, como consecuencia de procesos asociativos simples y elaborados, que los psicólogos llamarían "procesos cognoscitivos".

En la prueba de Goodenough Harris se evalúa la madurez intelectual o conceptual, pues permite considerar el concepto de una persona acerca de la figura humana como un índice de su manera de hacer conceptos en general. Se entiende por madurez intelectual la habilidad de formar conceptos que van incrementando en su carácter abstracto. La habilidad intelectual requiere:

- 1.- Habilidad de percibir (discriminar en base a semejanzas y diferencias).
- 2.- Habilidad para abstraer (clasificar en base a semejanzas y diferencias).
- 3.- Habilidad para generalizar (asignar a un objeto a su clase o esfera correspondiente en base a sus atributos, propiedades o aspectos discriminados).

Un concepto es el producto de procesos de pensamiento por medio del cual las cualidades, aspectos y relaciones de los objetos, son identificadas, comparadas, abstraídas o generalizadas.

Los procesos que incluyen percepción, conceptualización y conocimiento, así como juicio y razonamiento son llamados procesos cognoscitivos o cognición.

A diferencia de los niños pequeños, los mayores pueden discernir y especificar propiedades de los objetos con gran detalle por lo que sus conceptos son más precisos y específicos.

Además de la edad y la experiencia, debe existir cierta organización psicológica específica que incluye en la eficiencia de los procesos de formación de conceptos.

El test de Goodenough Harris afirma que el dibujo de cualquier objeto, revela las discriminaciones que una persona a podido hacer acerca de ese objeto para incluirlo o considerarlo en una clase.

El dibujo de la figura humana es fundamentalmente importante como diagnóstico, por lo que se le considera el mejor índice para expresar los procesos de conceptualización.

La prueba G.H. puede administrarse en forma individual o colectiva.

Se proporcionan al sujeto hojas de papel en blanco tamaño carta y lápiz.

Se solicitan los datos generales del sujeto y la instrucción consistente en pedir primero que dibuje un hombre, después una mujer y por último un dibujo de sí mismo.

Existe una tabla estandarizada de los ítems a evaluar, que corresponden a las diversas partes del cuerpo y la vestimenta en cuanto a presencia, detalle grueso y detalle fino, de acuerdo con la guía.

Posteriormente se convierten los puntajes crudos en puntajes estandar, tomando en cuenta la edad del sujeto y así se obtiene el grado de madurez. (24)

DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KACHOVER

El procedimiento del dibujo puede verse como un test situacional en que se presenta al examinado un problema y éste, en su esfuerzo por resolver tiene una conducta verbal, expresiva y motora. Esta conducta, junto con el dibujo es observada por el clínico y las hipótesis se comparan con la información de otras fuentes.

Desde el punto de vista de la psicología proyectiva no existe conducta accidental. Toda la conducta está determinada por múltiples factores en diversos grados.

Algunos clínicos interpretan cada dibujo como una proyección de la imagen corporal o del concepto de sí mismo, sin embargo también se pueden proyectar actitudes hacia otra persona, la imagen del yo ideal, un resultado de circunstancias externas, una expresión de patrones y hábitos, la expresión del tono emocional, una proyección de las actitudes del examinado

hacia el examinador y la situación, una expresión de sus actitudes hacia la vida y la sociedad en general y por lo común una combinación de todo esto. Además el dibujo puede ser una expresión consciente o bien incluir símbolos profundamente encubiertos que corresponden a fenómenos inconscientes.

El procedimiento consiste en entregar al sujeto varias hojas de papel tamaño carta en blanco y un lápiz moderadamente blando y solicitarle que dibuje una persona. Al terminar se le pide que dibuje una persona del sexo opuesto o se le pide que cuente una historia sobre las figuras que dibujó.

Para la interpretación y análisis se toman en cuenta, la frecuencia de las figuras, el tamaño, el emplacamiento, las distorsiones y omisiones y la fátología.

El empleo eficaz de esta técnica depende de la comprensión de la dinámica de la personalidad y de una amplia familiaridad con los dibujos de gran número de individuos sobre los cuales se cuenta con información psicológica bastante completa. (30)

TEST DE CLASIFICACION DE OBJETOS.

Dr. Luis Lara Tapia.

Consta de 20 objetos elegidos tomando en cuenta la variedad - en color, material, tamaño, forma y contenido, siendo todos - objetos familiares a las personas de nuestro medio. Los objetos son:

- 1.- Un tablero grande de madera color verde.
- 2.- Un balero chico de madera con franjas de colores.
- 3.- Un trompo chico de madera con franjas de colores.
- 4.- Un yoyo rojo de madera.
- 5.- Una pelota de goma de color verde.
- 6.- Una canica de vidrio color verde.
- 7.- Una ficha de "damas" de plástico color rojo.
- 8.- Una concholata de metal y corcho sin marca de fábrica.
- 9.- Un desarmador de metal con mango de plástico color rojo.
- 10.- Unas tijeras de metal blanco de juguete.
- 11.- Una soga de metal blanca.
- 12.- Un clavo grande de metal.
- 13.- Una llave chica de metal color café-dorado.
- 14.- Un número 5 de madera recortada color rojo.
- 15.- Una letra de madera recortada, sin pintar.
- 16.- Una cruz de corcho.
- 17.- Un círculo de corcho.
- 18.- Una bandera mexicana de tela, sin asta.
- 19.- Una cuchara de plástico color rojo.
- 20.- Un tenedor de plástico color amarillo.

La aplicación de la prueba se divide en dos partes:

- 1.- Activa.- El sujeto agrupa los objetos y da una explicación de los agrupamientos.

2.- Pasiva.--El examinador presenta al sujeto un grupo de objetos para que de la definición conceptual subyacente al grupo. Posteriormente forma otro grupo y pide también la explicación, y así sucesivamente hasta hacer 5 agrupamientos.

Los grupos formados son:

1er. grupo.- 1, 3, 5, 4, 6, 7.

2o. grupo.- 9, 10, 11, 12, 13.

3o. grupo.- 14, 15, 16, 18.

4o. grupo.- 1, 7, 8, 17.

5o. grupo.- 4, 6, 7, 14, 19.

La división activa-pasiva se basa en los lineamientos de David Rapaport.

El primer caso se refiere a la formación de conceptos activa donde el sujeto muestra activamente como ve el grupo, al tiempo que crea las inter-relaciones conceptuales.

La parte pasiva muestra la finalidad con que comprende las relaciones conceptuales.

En la parte activa del test el sujeto inicia el proceso de la agrupación con la determinación del contenido conceptual del objeto que llama su atención en primer término. El paso siguiente es de naturaleza deductiva: El sujeto aplica el contenido conceptual que ha obtenido a manera de principio selectivo para separar aquellos objetos más adecuados para constituir la esfera del contenido determinado por el objeto elegido. El posteriormente el sujeto realiza una modificación en la clasificación realizada, tiene lugar una inducción a partir de los otros objetos del grupo. El contenido modificado a través de la inducción vuelve a ser entonces aplicado deductivamente, y este intercambio de inducciones y deducciones se repite hasta arribar a una clasificación adecuada.

En la parte pasiva del test la prueba tentativa de definición emana de una de las rasgos comunes de los objetos. El contenido conceptual enunciado es entonces verificado frente a los demás objetos de prueba para ver si se diferencian o no por definición de los objetos del grupo presentado, y en esta verificación de fases inductivas y deductivas.

La parte pasiva además de representar algunos elementos motivacionales, permite observar la manera en que el individuo -- confronta una situación cuando recibe instrucciones precisas o cuando debe ejercitar una actividad espontánea (parte activa).

La calificación se realiza utilizando el Sistema de S. Mc. -- Gaughan.

Aunque mucho se ha dicho que en el pensamiento esquizofrénico hay una marcada disminución del pensamiento abstracto y predominio del nivel concreto. Cameron Hunt y Sullivan entre otros rechazan esta teoría y consideran al esquizofrénico como una persona con trastornos en la comunicación social o "validación consensual".

Un ser "desarticulado" al grupo social, explicando su singular pensamiento como debido a trastornos en la autocritica y en la comunicación, más que en la habilidad de abstracción.

Apoyando esta corriente, McI. Gaughran y Moran han tratado de demostrar la veracidad de estas afirmaciones.

La forma en que ellos califican las pruebas de clasificación de objetos es la siguiente:

La clasificación de una prueba de clasificación de objetos -- por medio del análisis de áreas conceptuales, implica la clasificación simultánea de dos variables:

La variable abierta-cerrada y la variable pública-privada.

Estas variables son representadas por los autores como cuadrantes formados por la intersección de las dos variables, resultando cuatro categorías básicas de clasificación

abierto-público	cerrado-público
cerrado-privado	abierto-privado

1.-Variable Pública-Privada.- Se refiere al grado en que el principio del agrupamiento dado por el sujeto puede ser compartido y libremente comunicable por la mayoría de las personas dentro de una misma cultura y al grado en que es posible la predicción pública de los límites potenciales de un grupo. Mientras más pública sea un concepto, más fácilmente será comprendido y comunicado a las demás personas y más fácilmente ellas podrán predecir la clasificación; mientras que lo contrario será aplicado a los conceptos privados.

2.-Variable abierta-cerrada.- Este variable se clasifica en función del número de atributos comunes que son usados, o que están implicados en cada definición conceptual al realizar el agrupamiento.

Calificaciones.

a) Cerrado-Público.- Contiene los conceptos que tienen un potencial relativamente bajo para grupos conceptuales adicionales, pero alto potencial de predicción pública de los límites potenciales de un grupo.

- b) Abierto-Público.- Contiene los conceptos que presentan alto potencial para adición de objetos y alto potencial para predicción pública.
- c) Variables Cerrado-Privadas.- Aquí los conceptos están determinados por más de un atributo común a los objetos dentro del agrupamiento. El principio subsyacente a la agrupación no es libremente compartido y/o comunicado y por tanto la predicción pública es difícil.
- d) Abierto-Privado.- Aquí quedan incluidos los conceptos que pueden ser comunicados, pero que no son libremente compartidos y en los que no se pueden predecir los límites del grupo.

Subcategorías de a):

Identidad absoluta, identidad de especies, restricción múltiple directa, restricción múltiple indirecta, confusionalidad-nadiproca, fusión específica.

Subcategorías de b):

Abstracción unitaria, superordinación nominal, superordinación implícita, términos locacionales.

Subcategorías de c):

Mediación, Sobrespecificación funcional, construcción o diseño, radial, representación narrativa o condicional, conceptos heterogéneos, falso, inadecuado.

Subcategorías de d):

Enjuiciamiento, elaboración subjetiva, mediación, medición -asintética, hiperordenación, hiper-abstracción, construcción o diseño, radial o cadena, representacional, narrativo o condicional, conceptos heterogéneos, falso, locacional, inadecuado. (11)

PRUEBA DE ASOCIACION DE PALABRAS DE ORBISON

Lista de palabras de la prueba:

Mundo	Suicidio	Taxi
Amor	Montaña	Madre
Padre	Casa	Mesa
Sombrero	Papel	Bife
Fecha	Homosexual	Recón
Cortina	Radiador	Carrera
Saul	Novia	Agua
Bebida	Persiana	Mamar
Fiesta	Masturbarse	Caballo
Defecar	Marco	Fuego
Libro	Hombre	Vagina

Lámpara	Orgasmo	Granja
Falpuco	Teatro	Social
Silla	Tajo	Hijo
Novio	Risa	Impuestos
Papa	Monjes	Tobaco
Obscuridad	Mujeres	Ciudad
Deprimido	Baile	Copula
Primavera	Ferrocarril	Hospital
Vajilla	Hija	Doctor

El test de asociación de palabras fue el primer test proyectivo formal.

El pionero de este tipo de test fue Galton (1879), Han trabajado con procesos asociativos, además, Cattell (1879), Munsterburg (1891), Kraepelin (1892), Sommer (1899), Bleuler y Jung (1905).

La lista confeccionada por W.D. Orbison consta de 60 palabras 40 de ellas inocuas y 20 que funcionan como estímulos traumáticos divididos en áreas: Familiares, hogareñas, orales, anales, agresivos, sexuales. Está compuesta preferentemente por sustantivos y provee al examinador de un cuadro de referencia "la relación asociativa a los sustantivos".

El objetivo de esta prueba según Rappaport es detectar las áreas de ideación cargadas afectivamente a través del contenido de las palabras de estímulo y de reacción, en la cual se producen perturbaciones de asociación. Las "características formales" de las reacciones asociativas que se obtienen también en esta prueba encierran significación diagnóstica. Rappaport describe el fundamento psicológico del test analizando en la reacción asociativa el contenido y las "características formales", la memoria, la formación de conceptos y la anticipación.

Contenido y "características formales" de la reacción asociativa.

Rappaport manifiesta que en este test proporciona dos tipos de información: 1) La palabra-reacción puede ser tan específica que indique el contenido de un conflicto del sujeto y 2) La palabra estímulo puede provocar una perturbación en la asociación ya sea por rozar un área del ideación en conflicto o enraizar de una perturbación asociativa más general.

Lo que se describe por medio de este test son las huellas de interferencia afectiva, emocional, etc., que su representación directa en las palabras de reacción. Los efectos principales de la interferencia en la reacción asociativa son las reacciones "próximales" y "distantes". Son las dos grandes divisiones de las "características formales" que tienen función de diagnóstico en esta prueba.

En las primeras el proceso asociativo se detiene en la etapa analítica o de descomposición por carácter de vigor, variedad y dirección (rítmico, depresión, concretismo). En las segundas las ideas alcanzadas en la etapa analítica sirven como eslabones intermedios para alcanzar otras ideas a través del desarrollo demorado y estaburante de la fase sintética (de la posición, base del pensamiento imaginativo o creador). Las reacciones distantes se originan a menudo cuando el proceso mental sigue un curso desviado hacia sistemas de ideas de relación remota, sin prestar atención a la relación conceptual-conventional.

Las respuestas distantes comprendidas en los grupos a), b) y c) son índice de cierto grado de patología esquizofrénica; -- las del grupo d) (reacciones que a primera vista no parecen guardar relación con la palabra estímulo, pero que al ser interrogado el sujeto, resultan tener valor idiosincrático) como son: "Casa"; "vacía"; "masturbarse"; "pérdida", pueden presentarse en los depresivos o neuróticos, así como también en los individuos normales de pensamientos originales y vividos.

PRUEBA DE ASOCIACIÓN DE PALABRAS

Las desorganizaciones de los esquizofrénicos en procesos conceptuales y asociativos se pueden apreciar en:

- 1.- Bloque esporádico, marcada variabilidad de tiempo de reacción con pequeña relación sistemática entre los retrasos en las connotaciones de las palabras estímulo.
- 2.- Una incidencia enormemente disminuida de relaciones convencionales (popular) entre las palabras estímulo y reacciones.
- 3.- Reacciones "distantes" relativamente frecuentes, esto es reacciones cuyo contenido no está claramente relacionado a las palabras de estímulo, ya sea conceptualmente o en base a contextos convencionales concretos, especialmente si las reacciones con contenido agresivo o sexual se dan a palabras estímulo generalmente neutras.
- 4.- Asociaciones alusivas y complementación de frases, especialmente si son frecuentes y forzadas.
- 5.- Abundancia de asociaciones personales, los depresivos -- tienen este tipo de asociaciones, pero rara vez son rápidas, mientras que los esquizofrénicos son alternativamente rápidos y lentos en sus respuestas, muchas auto-referencias pueden ser hechas por sujetos egocéntricos o -- cierto tipo de obsesivos. Si no se evoca ninguna lógica-forzada en la encuesta, si la elección de palabra de --

reacción personal es fácilmente comprensible y si a las pruebas que resten las frías indicaciones esquizofrénicas, las autoreferencias generalmente pueden ser entendidas como manifestaciones de egocentrismo extremo o autopreocupación obsesiva. (44)

Instrucciones:

"Voy a leer una serie de palabras, una por una. Usted tiene que responder a cada palabra más con una sola palabra. No importa qué palabra sea, pero debe ser la primera que se le ocurra, después de haber escuchado mi palabra. Quisiera que me conteste lo más rápido posible, le voy a tomar el tiempo.

Cuando se aplica este test, la gente tiende a no escuchar ciertas palabras del examinador. Por favor trate de evitar esta tendencia. No voy a repetir las palabras".

Test de reproducción.

Instrucciones:

"Voy a decir de nuevo las mismas palabras y usted tiene que responder con las mismas palabras que antes. También le voy a tomar el tiempo".

Las variables que se toman en cuenta para la interpretación son:

Bloqueo, mención de objetos, repetición total y parcial, definición e intento de definición, referencias a sí mismo, peras veración, asociación denominativa, completamiento de frase, atributo, inconexas, distantes, medianamente distantes, reacciones múltiples, reacción afectiva, reacción vulgar, neologismo, audición equivocada. (23)

PRUEBA TSEDEK DE BARUK

Esta prueba se utiliza para estudiar el juicio moral. Se aplica haciendo una encuesta, después que el sujeto hubo hecho su explicación ante cada una de las situaciones con que se estimulo, llegando siempre a obtener contestaciones adecuadamente comprensibles y apreciadas, es decir no se aceptan respuestas como "está bien", sino que deben justificar sus respuestas.

La prueba consiste en 15 situaciones que se leen o explican al sujeto.

Se analiza el material en dos formas:

Primero se realiza una primera parte siguiendo la técnica de investigación de acuerdo con el grado de conformidad e incon-

formidad del contenido de las respuestas y después se investiga el tipo de orientación de valores. Las historias de las -- pruebas fueron diseñadas con objeto de facilitar "juicios", -- opiniones de las personas en las que se indica acuerdo o desacuerdo con la acción o determinación tomada en cada una de -- las 15 situaciones estímulo.

Las respuestas en desacuerdo se clasifican de "conformes" y -- las que muestran aceptación de la determinación tomada, se clasifican como "distorcionadas", ya que Bruk averiguó en sus investigación que los sujetos "normales" estuvieron en completo desacuerdo con las acciones o determinaciones presentadas.

El puntaje de anomalía de cada sujeto consiste en el puntaje -- total de respuestas "distorcionadas".

La interrogante sobre "orientación de valores" requiere una revisión de todo el monto de respuestas y depende principalmente de las razones dadas por el sujeto para enunciar el juicio de la forma que lo hace.

Se clasifican las respuestas en:

Hu.- Humanitaria.- Énfasis en los derechos humanos, libertad, igualdad, relaciones interpersonales basadas en el respeto. En estos sujetos se observa interés o simpatía por -- los oprimidos y explotados y las debilidades humanas son comprendidas.

Au.- Autoritario.- Considera más importante la autoridad, obediencia y reglas establecidas que las anteriores.

Ut.- Utilitario.- La sociedad como un todo y las funciones -- eficientes del grupo social son más importantes que los derechos y la libertad individual.

Au.- Autorreferencia.- El sujeto se refiere a sí mismo en la -- situación.

Pc.- Práctica Común.- Lo declara correcto si es lo que comúnmente se observa en su grupo social.

Mach.- Machismo.- Enfatiza superioridad hombre sobre mujer.

Dis.- Disgregado.- La respuesta carece de sentido, es incoherente.

Ot.- Otras.- Las no incluidas o muy vagas.

In.- Indecisión.- El sujeto no puede llegar a una decisión.

Esta prueba analiza básicamente diferencia de actitudes. (2)

PRUEBA DE DIFERENCIA SEMANTICO DE OSWOOD.

El diferencial semántico es un índice para medir los procesos representativos en la conducta del lenguaje.

El diferencial semántico es esencialmente una combinación de asociaciones controladas y procedimientos de escalas, en donde se le da al sujeto un concepto y un grupo de escalas de -- adjetivos bi-polares, con las que lo va a juzgar y él tiene -- que indicar para cada ítem la dirección de su asociación y su intensidad en una escala de 7 pasos.

El concepto se pone en el principio de la hoja y los sujetos lo juzgan con cada escala, poniendo una marca en la posición apropiada.

+3 extremadamente +2 mucho 0 igual

Cuando un grupo de gente hace esto, se obtiene un cubo de datos y de ahí se sacan correlaciones de acuerdo con el interés de la investigación.

De las variedades deliberadas e independientes de la muestra de escalas, conceptos y sujetos surgen tres factores dominantes e independientes:

Factor evaluativo (bueno-malo, negativo-positivo)

Factor potencia (fuerte-débil, suave-duro)

Factor de actividad (lento-rápido, activo-pasivo).

El término "concepto" se emplea en un sentido muy general para referirse a los "estímulos" por los que al ser marcados -- por los sujetos, resulte una "respuesta" final. Los conceptos son frecuentemente verbales y se presentan generalmente en -- forma escrita. Es claro entonces que los conceptos juzgados -- en un diferencial semántico, pueden ser de naturaleza tan variada como son los signos.

Para la selección de las escalas los criterios que se utilizan son:

- 1.- Por su composición factorial
- 2.- De acuerdo con la importancia y relación que tenga con el concepto juzgado.
- 3.- Por su estabilidad semántica para con los conceptos y sujetos en un estudio dado.

Al seleccionar las escalas, la muestra debe ser lo más representativa posible de todas las formas en que pueden variar -- los significados y después hacer una selección cuidadosa de -- una segunda muestra que represente la forma en que varía el -- significado.

Cada juicio representa una selección entre un grupo de alternativas dadas, que sirve para localizar el concepto como un punto en el espacio perceptivo. (22)

TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN.

Este test está basado en la teoría Gestáltica, en la que se explica que la percepción opera según ciertas tendencias naturales e integra el campo de estimulación con arreglo a la homogeneidad, simetría, ritmo y equilibrio de sus datos.

Esta función gestáltica atraviesa un proceso evolutivo, madurando con el desarrollo individual y es perturbada en caso de deterioro psíquico.

El test de Raven evalúa el grado de madurez e integridad de la función gestáltica.

Es un test de reconocimiento de tipo lucianiano (les falta signo).

Consta de graficas de configuraciones geométricas gestálticas mutiladas y el examinado debe señalar como complementarias, por medio de elección múltiple.

Plantea un problema lucianiano simple, cuya solución acertada depende de una operación de integración gestáltica, más que de una educación de relaciones.

TEST DE LAS MANCHAS DE TINTA DE HOLTZMAN

Ha sido desarrollada en USA por el Dr. Wayne H. Holtzman de la Universidad de Texas y sus colaboradores. Esta técnica fue elaborada siguiendo los principios de las técnicas proyectivas psicométricas planteadas por el test de Rorschach, lo cual la convierte en el instrumento más objetivo de su género debido al sistema de cuantificación que permite. Se trata de una técnica que cubre a través de 22 variables áreas significativas de la personalidad por lo que puede clasificarse entre los instrumentos que miden ésta.

Esta prueba tiene dos versiones: La forma A y la E paralela, ambas consisten en 45 láminas que tienen impresas manchas de tinta. Adicionalmente hay dos láminas que cumplen propósitos introductorios en la tarea y las respuestas a éstas no se califican. Se le pide al sujeto que dé sólo una respuesta por lámina y las instrucciones enfatizan los siguientes puntos:

- a) Las manchas no fueron hechas para ver en ellas algo particular.
- b) Las diferentes personas ven diferentes cosas en las manchas.
- c) Dé sólo una respuesta a cada lámina.

INSTRUCCIONES

" Aquí tengo un conjunto de manchas de tinte que fueron hechas poniendo tinte sobre un papel y doblándolo. Me gustaría que usted viera cada mancha y me diga que parece, qué puede representar o que podría ser. Como estas son solamente manchas de tinte, aquí no hay respuestas correctas ni equivocadas y pueden verse diferentes cosas por las diferentes personas. Es posible que usted pudiera ver muchas cosas diferentes en cada lámina, pero yo quisiera que me diga una sola respuesta por cada lámina. Después de que usted vea algo y me lo diga le haré algunas preguntas por que quiero ver lo mismo que usted vio. Escribiré todo lo que diga y tomaré el tiempo, pero usted puede tardarse tanto como necesite en cada lámina. ¿Tiene alguna pregunta? "

Las láminas se presentan siguiendo el orden numérico que traen impreso en la parte posterior. Se evita que el sujeto tenga a la vista más de una lámina por vez e inmediatamente después de la respuesta a cada lámina se lleva a cabo una encuesta estandarizada que tiene el propósito de chequear ciertos aspectos de la respuesta y obtener información adicional que ayude a la calificación.

Se hacen tres tipos de preguntas en la encuesta:

- PL 1.- Una pregunta destinada a clarificar la localización.
- PC 2.- Una pregunta que aclare las características del percepto.
- PE 3.- Una pregunta para aclarar alguna elaboración de la respuesta.

Las preguntas se formulan típicamente en la siguiente forma:

- PL ¿En qué parte de la mancha vio usted _____ ?
- PC ¿Qué cosa de la mancha le hizo ver como _____ ?
- PE ¿Desea agregar algo más?

La forma de registro provee de facsimiles en pequeño de las manchas para ubicar PL. Adicionalmente hay espacio para anotar textualmente la respuesta dada por el sujeto en PC y PE. También se registran durante la aplicación el tiempo de reacción del examinado en segundos y la posición de la lámina en el momento de la respuesta, así como las rotaciones a que la hoja fue sometida por el sujeto. A las preguntas del sujeto, el examinador deberá contestar sin afectar la dependencia de las variables del examinado.

En cada respuesta se califica 22 variables, las que fueron formuladas por Holtzman de un cuidadoso análisis de los sistemas de calificación y de codificación existentes en las técnicas

de las relaciones. Este autor estableció dichas variables en su programa de investigación y se preocupó por definirles explícitamente, así como por proporcionar criterios unitarios de calificación.

Las variables quedaron divididas dentro de las siguientes categorías:

a) Variables que se refieren a las porciones particulares de la mancha de tinta usada por la persona para organizar su respuesta y las relaciones figurativas de esas porciones:

	Abreviación	Rango de Calif teórica
1.- Localización	L	0 - 90
2.- Espacio	E	0 - 45

b) Variables que han sido consideradas como las determinantes de la respuesta:

3.- Forma definida	FD	0 - 180
4.- Forma apropiada	FA	0 - 90
5.- Color	C	0 - 135
6.- Sombreado	Sh	0 - 50
7.- Movimiento	M	0 - 180

c) Variables que se refieren al contenido de la respuesta:

8.- Humano	H	0 - 90
9.- Animal	A	0 - 90
10.- Anatómico	At	0 - 90
11.- Sexo	Sx	0 - 90
12.- Abstracto	Ab	0 - 90

d) Variables que se refieren parcialmente a la caída del contenido de la respuesta:

13.- Ansiedad	Ax	0 - 90
14.- Hostilidad	Hs	0 - 135
15.- Barrera	Br	0 - 45
16.- Penetración	Pn	0 - 45
17.- Verbalización patológica	Vp	0 - 45

e) Variables adicionales:

18.- Integración	I	0 - 45
19.- Balance	B	0 - 45
20.- Popular	P	0 - 25
21.- Tiempo de reacción	Rt	
22.- Rechazo	R	0 - 45

El criterio que determina el valor de la calificación para cada variable es básicamente la presencia o ausencia de la variable en cuestión. El grado en que la variable va a estar presente en la respuesta, queda indicado por la graduación de los puntajes. Así el valor que adquirirá una variable calificada con una escala de 5 puntos, será de 0 para la ausencia y 4 para su presencia máxima. Los grados intermedios se califican 1, 2, ó 3.

INVENTARIO DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA DE GLEESER E INILEVICH

Este test consiste en 10 historias con preguntas específicas y una elección de 5 posibles alternativas. Cada respuesta representa uno de 5 mecanismos de defensa.

TEST CRT DE MEMORIA COMPARATIVA.

Es un test en el cual se les solicita a los pacientes que indiquen cuales ítems son similares en tamaño a los de la vida real. Se miden los tiempos de reacción de los procesos de memoria comparativa.

ENTREVISTA FAMILIAR DE CAMBERWELL

Esta es una entrevista semiestructurada audiogravada, de hora y media de duración, con los pensamientos clave del paciente. El contenido de la entrevista se enfoca en el establecimiento y desarrollo del episodio esquizofrénico más frecuente del paciente y el impacto de este episodio en el medio ambiente familiar durante los 3 meses anteriores a su ingreso al hospital.

El número de comentarios críticos de los parientes o aceptaciones del disgusto o resentimiento hacia el paciente es registrado y controlado por un juez entrenado. Además se registra el grado en que el paciente se expresa al estar emocionalmente involucrado o marcadamente protector en sus actitudes hacia el paciente, ya sea que se presentes durante la encuesta o relativo a incidentes ocurridos fuera de ella. Estos puntajes van de cero (ausencia total) a 5 (extremadamente alta). (41)

- a) IDENTIFICACION.- En este punto se especifica si el trabajo fue realizado en forma individual o por un grupo de investigadores.
- b) TIPO DE ESTUDIO.- Aquí se analiza el tipo de trabajo que se pretende realizar. En ciencias sociales existen varias clasificaciones, dependiendo tanto de los objetos y métodos como de las conclusiones a que se pueden llegar.

LOS TIPOS DE ESTUDIOS SE CLASIFICAN EN:

1b. Clasificación

- 1.- Estudios exploratorios.- Se realizan cuando el investigador no tiene una idea específica de lo que desea investigar y construye una primera aproximación al fenómeno, para ver como se relaciona con ciertos eventos que suceden en su alrededor. Su finalidad es auxiliar al investigador tanto para definir más concretamente el fenómeno, como en la manera como debe realizar el estudio.
- 2.- Estudio descriptivo.- Tampoco se puede llegar a conclusiones muy específicas en él, aunque sí se puede obtener un mayor conocimiento. Pretende describir las características más importantes del fenómeno en lo que respecta a su aparición, frecuencia y desarrollo. Es decir, el investigador sólo quiere describir el fenómeno tal y como se presenta en la realidad y sirva para obtener más información que será para plantear estudios posteriores.
- 3.- Estudio conformatorio.- En este tipo de estudio el investigador conoce más a fondo el fenómeno que quiere investigar y además ya posee una aproximación basada en el marco teórico y en los resultados de estudios exploratorios y/o descriptivos previos. Su finalidad es confirmar o rechazar una hipótesis o aproximación teórica y llegar a conclusiones generales, poniendo a prueba sus teorías.

2a. Clasificación

- 1.- Estudio de campo.- Trata de estudiar un determinado grupo de personas para conocer su estructura y sus relaciones sociales. Su principal característica es que realiza en el medio natural que rodea al individuo y puede o no ser experimental. Sus resultados se pueden generalizar a la población en caso de que la muestra sea representativa. Su desventaja es que carece de control de variables.
- 2.- Estudio de encuesta.- Se aplica a grupos numerosos de personas, se basa en muestras tomadas de las poblaciones mismas. Su objetivo consiste en analizar las características psicológicas, económicas, políticas y sociales observables en determinada población mediante métodos estadísticos.
- 3.- Estudio experimental.- En este tipo de estudio el investigador ha establecido ya el problema concreto que va a investigar. Tiene una hipótesis de trabajo que pretende confirmar o rechazar o que le servirá para explicar el fenómeno. Se trabaja con grupo control, al que no se le aplica ningún tratamiento; con el fin de compararlos.

2a. Estudio de laboratorio.- El experimento se realiza dentro de un laboratorio y el investigador tiene un control muy estricto de las variables. Su desventaja es que no siempre sus resultados se pueden generalizar.

2b. Estudio de campo.- Existe también un control de variables, pero se realiza en el lugar donde se manifiestan naturalmente las variables. Puede haber mayor generalización, pero menor control de variables que en el laboratorio.

3a. Clasificación

Depende del tipo de realización.

1.- Estudios transversales.- Este tipo de estudio se realiza en un momento determinado. Interesa el fenómeno presente. Su objetivo es estudiar el fenómeno en un momento determinado.

2.- Estudios longitudinales.- Su objetivo principal es el estudio principal es el fenómeno a través del tiempo, es decir, los resultados del fenómeno después de determinado periodo.

4a. Clasificación

1.- Estudio piloto.- Es un estudio previo al final, es una especie de ensayo de dicho estudio. El investigador no tiene un conocimiento preciso de qué variables se van a controlar. No conoce muy bien los elementos importantes, como por ejemplo la muestra exacta que va a utilizar, etc y entonces conduce un estudio piloto para concretar sus ideas y desarrollar una base más sólida para su estudio final.

2.- Estudio final.- Se realiza después del piloto. En este se van a establecer conclusiones y reportes. Generalmente es de tipo descriptivo o confirmatorio con algunas variaciones de longitudinal o transversal, de campo, encuesta o experimental.

III OBJETIVO.- Es el propósito o finalidad que tiene el investigador al realizar el trabajo. Algunos de los objetivos pueden ser:

- 1.- Comprobar validez de un instrumento.
- 2.- Estandarizar un instrumento.

- 3.- Aplicar un instrumento a una o más poblaciones.
- 4.- Comparar dos poblaciones.
- 5.- Describir niveles de confiabilidad de un instrumento.
- 6.- Correlacionar dos instrumentos, actitudes, cuasres, etc.
- 7.- Establecer causas psicológicas de algún fenómeno.
- 8.- Describir las características de una muestra.

IV PROBLEMA.- Para poder plantearse el problema específico -- que se va a investigar, se debe proceder de la manera siguiente:

- 1.- Ir de lo general a lo específico de sus lecturas.
- 2.- Concretar el problema.
- 3.- Tener en cuenta consideraciones prácticas como: tiempo, -- dinero, personal disponible que pueda colaborar con el -- trabajo y accesibilidad a la muestra.

V TEORIAS CITADAS.- Existe en una investigación la necesidad de establecer un marco teórico que explique los resultados obtenidos en ella. Si no se tiene un marco de referencias para fundamentar la investigación, difícilmente -- se podrán interpretar los resultados.

VI TEORIAS CITADAS.- Consiste en el conjunto de individuos -- que forman el grupo de interés para una investigación de -- finalidad.

VII LA MUESTRA.- Es una porción representativa de la población que se va a estudiar. El muestreo puede ser probabilístico es decir, que cada miembro de la población tiene la misma probabilidad de ser seleccionado para la muestra o no probabilístico, que se basa en las apreciaciones del investigador.

El muestreo probabilístico puede ser:

- 1.- Aleatorio al azar.- Para obtener una muestra de este tipo se pueden utilizar las listas de registro de la población total. Meter en una caja papeletas con cada uno de los -- nombres, revolverlos y tomar los que necesitamos para formar la muestra. Otro método es elaborar una lista, determinar un intervalo específico que va a usarse y nombrar a las personas cuyos nombres correspondan al intervalo.
- 2.- Muestreo al azar no restringido.- En esta, además de que todos los miembros de la población tienen la misma probabilidad de ser seleccionados, cada miembro regresa a la -- población antes de ser seleccionado el siguiente.
- 3.- Muestreo sistemático.- En este se emplean determinados intervalos para obtener la muestra. No se puede considerar-

estrictamente al azar, pues habiendo determinado el intervalo, los demás miembros de la población ya no tienen oportunidad de ser seleccionados.

4.- Muestreo estratégico.- La población se divide en estratos o categorías, de las cuales se toma la muestra.

De este muestreo se deriva el muestreo en etapas, en el cual la población se divide en estratos que se subdividen y así sucesivamente, hasta que el material permita elaborar la muestra.

5.- Muestreo probabilístico proporcionado al tamaño.- Se usa cuando en un muestreo estratificado, cada estrato tiene diferente número de elementos. Se tiene que realizar de tal manera que el número de elementos seleccionados de cada estrato se relacione con el tamaño de éste. Cada estrato se selecciona en proporción al número de elementos que lo forman; después se extrae de cada estrato el mismo número de elementos; tiene las mismas probabilidades de ser seleccionado.

El muestreo no probabilístico se basa en las apreciaciones del investigador y se usa frecuentemente por consideraciones prácticas de costo y/o tiempo. Existen varios tipos de muestreo no probabilístico:

1.- Muestreo propositivo.- Se emplea cuando no es necesario que la muestra represente a toda la población o cuando la población es tan pequeña, que pueden estudiarse todos los sujetos. También cuando se conocen algunos miembros de la población, pero no es posible hacer una lista de todos y hacer un muestreo al azar.

2.- Muestreo de cuota.- Para utilizar este muestreo, primero se debe conocer la población y hacer una clasificación de estratos de acuerdo con el objetivo piloto. No es necesario que se tome una proporción representativa de cada estrato. Los estratos que se pueden utilizar son sexo, edad, nivel socioeconómico, etc. Una vez que se deciden los estratos, el entrevistador elige a su voluntad los elementos que integrarán cada uno de ellos.

3.- Muestreo de sujetos fáciles de estudiar.- Permite analizar cualquier grupo de personas que se someten voluntariamente al estudio. Los resultados que se pueden obtener son de poca validez, pues no se aplica ningún control al muestreo.

Tamaño de la muestra.

Existen algunos puntos importantes de considerar para determinar el tamaño de la muestra:

- 1.- Mientras más grande sea la muestra, será más adecuada y más representativa por lo tanto.
- 2.- Antes de decidir el tamaño de la muestra, hay que determinar claramente los objetivos del estudio, así como la manera en que se analizarán los datos.
- 3.- Efectuando la revisión bibliográfica para el estudio, el investigador se puede dar cuenta del tamaño de muestra que se emplea en estudios similares.
- 4.- El investigador debe tener en cuenta el tiempo y los recursos de que dispone.

VIII LOS INSTRUMENTOS.- Constituyen la forma en que se recolectan los datos de una investigación.

Su selección depende de los objetivos del estudio, los recursos con que se cuenta y el tiempo que se puede dedicar a dicho estudio, y pueden ser:

- 1.- Documentos.- Son todos aquellos escritos que pueden servir como instrumento en la investigación.
- 2.- Observación.- Es un método clásico de investigación científica. Al realizar la observación se debe tener en cuenta lo siguiente:
 - a) Tener un propósito.
 - b) Debe ser planeada cuidadosa y sistemáticamente.
 - c) Debe llevarse por escrito un control cuidadoso de la misma.
 - d) Debe especificarse su duración y frecuencia.
 - e) Debe seguir los principios básicos de confiabilidad y validez.

La observación puede ser:

- a) Participante.- En ella el observador participa de manera activa dentro del grupo que está estudiando.
- b) No participante.- El observador se limita a mirar y tomar notas, sin relacionarse con los miembros del grupo.
- c) Libre o no estructurada.- Generalmente se lleva a cabo en un estudio piloto, cuando no se conoce muy bien la muestra a estudiar.

Se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- 1.- La población a estudiar.- Quiénes son, como se relacionan entre sí, edad, sexo, nivel socioeconómico, etc.

2.- Las variables que son relevantes para el estudio, así como la frecuencia y duración de las mismas.

4) Observación estructurada.- Se lleva a cabo cuando se pretende probar una hipótesis, o cuando se requiere hacer una descripción sistemática de algún fenómeno, es decir cuando se sabe exactamente lo que se va a investigar y se tiene un diseño de investigación. Tiene menos problemas prácticos se utilizan tablas de frecuencia o formas estandarizadas.

3.- Cuestionario.- Métodos para obtener información de manera clara y precisa, donde existe un formato estandarizado de preguntas donde el informante reporta sus respuestas. Se puede aplicar personalmente o por correo, a una o varias personas.

Para desarrollar un cuestionario debe tomarse en cuenta:

- 1.- Nivel educacional de la población.
- 2.- Deben ser autoexplicativos
- 3.- Deben ser específicos.
- 4.- Se deben aplicar al informante los objetivos de la investigación.
- 5.- Debe irse de las preguntas más fáciles a las más difíciles.
- 6.- Preguntar si el informante está conciente del problema a investigar.
- 7.- Las preguntas deben redactarse de manera que no se suponga que los informantes tienen la "obligación" de poseer la información.
- 8.- No se deben presentar preguntas dobles que requieran dos respuestas a la vez.
- 9.- Tampoco redactarse de manera que exista doble negación.
- 10.- Si se pregunta sobre modos de comportamientos habituales hay que especificar el período.
- 11.- Se deben obtener en el cuestionario los datos generales del informante.

Los cuestionarios pueden ser:

Abiertos.- Se pregunta al sujeto algo y se le deja en libertad para que responda como quiera.

Cerrados.- Están estructurados de tal manera que al informante se le ofrecen solo determinadas alternativas de respuesta.

Entrevistas.- La relación personal entre uno o más sujetos, en la cual uno de ellos, el entrevistador posee determinada información que proporcionará a otro sujeto.

Para que la información obtenida pueda ser utilizada como base de un estudio científico, tiene que llenar varios requisitos, como validez, confiabilidad, etc.

El primer paso a seguir en la entrevista es establecer el "rapport", o sea convencer a nuestro entrevistado de la importancia que nos proporciona la información que solicitamos y de la importancia de la información en sí.

La entrevista puede ser:

No estructurada o libre.- El entrevistador no trabaja con preguntas ya estructuradas, sino que solo orienta con un guía -- que incluye los puntos principales acerca de los cuales tiene que preguntar.

Estructurada.- Se cuenta con una forma impresa que se debe -- llenar a medida que avanza la entrevista. Es la más usada en ciencias sociales por su facilidad de aplicación. En ella debe transcribirse exactamente la opinión del entrevistado, y -- el entrevistador debe abstenerse de opinar.

IX FORMA DE APLICACION.- Este número se refiere al número de sujetos a quienes se aplica simultáneamente el instrumento. Algunos instrumentos requieren ser aplicados individualmente, ya que es necesario poder observar las reacciones del sujeto al presentarse la prueba. Cuando no es necesario esto, se puede aplicar el instrumento en forma grupal, es -- decir, se entregan los cuestionarios por escrito a los sujetos en un salón y cada uno lo contesta.

X VARIABLES.- Las variables se pueden definir como todo aquello que se va a medir, controlar y estudiar en una investigación y deben ser susceptibles de medición de manera cuantitativa.

Las variables se pueden definir en forma conceptual y operacional. La definición conceptual es de índole teórico y la -- operación de las bases para su medición y la definición de sus indicadores.

Para definir las variables, es posible basarse en los indicadores que constituyen el conjunto de actividades o características propias de un concepto, mismas que lo representan, es -- decir, los indicadores son algo específico y concreto que representa algo más abstracto y difícil de precisar.

Se debe tener cuidado al hablar de indicadores, pues no todos tienen el mismo valor.

Existen varias clasificaciones de las variables en ciencias -- sociales:

- 1.- Variable dependiente y variable independiente.
- 2.- Variables inter y variable intra.
- 3.- Variables extrañas.
- 4.- variables continuas y discretas.
- 5.- Variables independientes y dependientes.

La variable independiente es todo aquello que el experimentador manipula. Las variables dependientes son los cambios sufridos por los sujetos como resultado de la manipulación de la variable independiente.

La variable inter es aquella que estudia simultáneamente varios grupos de sujetos. Es decir, se hacen comparaciones entre ambos grupos. Las variables intra son aquellas que pueden estudiar al mismo grupo en diferentes períodos. Las comparaciones se establecen dentro del mismo grupo.

Variabes extrañas son aquellas que el investigador no controla directamente, pero que pueden influir en el resultado de la investigación. Debe tratar de controlarse hasta donde sea posible.

Algunos métodos para realizar este control son:

- Eliminándolas
- Manteniendo una constancia de condiciones, sometiendo a todos los grupos a las mismas condiciones.
- Balanceándolas, es decir, distribuyendo equitativamente la presencia de la variable extraña en ambos grupos.
- Contrabalanceándola.- Cuando se tiene que someter a los sujetos varias veces al mismo estímulo o a varios estímulos diferentes, se puede provocar fatiga y/o aprendizaje. Para evitar esto se subdividen en pequeños subgrupos para que los efectos de fatiga y aprendizaje queden anulados.
- Aleatorización.- En este método se parte del postulado de que si la selección y distribución de sujetos en grupo control fue hecha al azar, se puede inferir que las variables extrañas, desconocidas para el investigador, se habrán repartido también al azar en ambos grupos, y así se igualarán.
- Variables continuas y discretas.- La continua es aquella variable que puede asumir cualquier valor numérico y que puede cambiar en cualquier cantidad, por ejemplo el tiempo, la distancia, el peso, etc; la variable discreta es aquella que tiene valores numéricos enteros previamente establecidos, que no pueden cambiarse arbitrariamente, por ejemplo - personas.

XI LAS HIPÓTESIS.- Son un intento de explicación o una respuesta "provisional" a un fenómeno. Su función consiste en delimitar el problema a investigar, según algunos elementos como tiempo, lugar características, etc.

Existen varios tipos de hipótesis de acuerdo con sus objetivos:

Hipótesis

Hipótesis conceptual. - Esta hipótesis se formula como resultado de las explicaciones técnicas aplicables al problema, es decir, ayuda a explicar desde el punto de vista técnico el fenómeno que se está explicando.

1.1 Nula. - Se utiliza cuando en una investigación hay dos o más grupos de muestra o variables diferentes.

La hipótesis nula es aquella que dice que no existen diferencias significativas entre los grupos. Es importante porque se acepta o se rechaza, según el resultado de la investigación y porque ayuda a determinar si existe diferencia entre los grupos, si esta diferencia es significativa y si no se debió al azar.

1.2 Hipótesis alternativa. - Intenta explicar el fenómeno cuando se rechaza la hipótesis de trabajo y cuando por alguna razón no se pueda aceptar la hipótesis nula.

2. Hipótesis de trabajo. - Es aquella que le sirve al investigador como base de su investigación. Trata de dar una explicación tentativa al fenómeno que se está investigando.

XII PRUEBAS ESTADÍSTICAS. - Una vez recolectados los datos de investigación, el primer paso consistirá en editarlos, -- con el objeto de detectar errores u omisiones y corregirlos, para proceder finalmente a codificarlos y tabularlos y poder después analizarlos estadísticamente.

La prueba estadística nos proporciona un valor cuya probabilidad "p" se conoce como "nivel de significancia" y sus valores más comunes son 0.05, 0.01 y 0.001

Una vez establecida la hipótesis se deberá seleccionar la -- prueba estadística que se utilizará en la investigación. En -- seguida se decidirá el tamaño de la muestra y el nivel de significancia.

Cuando la hipótesis nula es verdadera y el valor particular -- obtenido por la prueba estadística en cuestión, es igual o menor que "p", rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la de trabajo.

Existe la probabilidad de rechazar equivocadamente la hipótesis -- nula, cuando debería ser aceptada (error tipo I) y viceversa es decir, aceptar la hipótesis nula aunque sea falsa (error -- tipo II).

Mientras mayor sea "p", mayor será la probabilidad del error -- I. "p" en relación con el tipo I de error se conoce como -- (alfa) y en relación con el error tipo II como (beta).

La estadística se divide en:

- 1.- Descriptiva.- Organiza y resume datos.
- 2.- Inferencial.- Permite realizar inferencias (generalizaciones) acerca de una población.

En las ciencias sociales se utilizan 3 niveles de medición:

- a) Nominal.- Es la operación más sencilla en cualquier investigación y consiste en clasificar.
- b) Ordinal.- Es una escala más alta que la nominal. En ella - además de agruparse los individuos, las categorías también llevan un orden.
- c) Intervalar.- Tiene nivel más alto que las ordinales, pues - además de ordenar las categorías, se manejan las distancias exactas que existen entre ellas.
- d) De razón.- Si además de un nivel intervalar, se puede localizar un punto de cero absoluto y no arbitrario, entonces - hay un nivel más alto llamado escala de razón.

Se recomienda usar siempre el nivel de medición más alto posible.

ESTADISTICA DESCRIPTIVA

- 1.- Nivel nominal.- Consiste en contar el número de casos dentro de cada categoría y posteriormente tomar en cuenta -- los tamaños relativos de unos con respecto a otros. Las -- dos técnicas más empleadas son las proporciones y los porcentajes.

La proporción de casos de una categoría dada se define como -- el número de casos en la categoría dividido entre el número -- total de casos. Las categorías deben ser mutuamente excluyentes y exhaustivas, por lo tanto la suma de proporciones será la unidad.

Los porcentajes se obtienen multiplicando las proporciones -- por 100.

Siempre que se reporten porcentajes o proporciones, se debe -- reportar el número total de casos. Sólo se recomienda calcular un porcentaje cuando el número de casos es de 50 o más.

- 2.- Nivel intervalar de la estadística descriptiva.- Las técnicas básicas que ayudan a la agrupación de los datos o a resumir la información en este nivel, son las distribuciones y representaciones gráficas de frecuencias. Primero -- el investigador debe definir las categorías por medio de intervalos, es decir, grupo numéricos que tengan el mismo valor o distancia numérica entre unos y otros. Estos datos se pueden representar por medio de una gráfica, que -- es una representación que abarca dos dimensiones de una -- relación o de un grupo de relaciones. Entre estas gráficas --

des se encuentran los histogramas, que son la representación gráfica de los datos por medio de barras y en estas los intervalos deben ser iguales.

Otro tipo de medidas intervalares en estadística descriptiva son aquellas que se utilizan para estudiar lo que es típico de un grupo, estas son las medidas de tendencia central. La más usada es la "media", que se define como la suma de calificaciones dividida entre el número total de casos estudiados. Se simboliza "X"

$$X =$$

La mediana es el número que tiene la probabilidad de contar con la misma cantidad de calificaciones más altas y más bajas es decir, que el punto donde cae el 50% de los casos.

Una tercera medida de tendencia central es el "modo", el cual se define como la calificación o calificaciones que aparecen con mayor frecuencia en el grupo bajo estudiado.

Para ver que tanto varían los individuos o los casos, dentro de un mismo grupo, se utilizan medidas de dispersión. La más sencilla de estas medidas es el rango, que se refiere como la diferencia entre la calificación más alta y la más baja.

La desviación cuartilar se define como la distancia media entre el primer y el tercer cuartil, y se puede representar como:

$$\frac{Q3 - Q1}{2}$$

Donde Q1 y Q3 representan el primer y el tercer cuartil, respectivamente. Q3 es por lo tanto el punto por encima del cual cae una cuarta parte de los casos, o sea un 25%, y Q1 es el punto por encima del cual caen tres cuartas partes, o sea el 75 de los casos. Para calcular Q1 y Q3 se utiliza el mismo procedimiento que en la mediana, la cual, por otra parte, podríamos decir que es un Q2, es decir que debemos encontrar los puntos en los cuales cae el 25% y el 75% de los casos para obtener Q1 y Q3 respectivamente; posteriormente restamos esta última a la primera y dividimos entre 2.

Otra medida de dispersión es la desviación media, que toma en cuenta el número de casos que se estudian y se define como la media aritmética de las diferencias absolutas entre cada calificación y la media:

$$\text{Desviación media} =$$

Donde: x = Valor absoluto; x_i = cada valor; \bar{x} = cada media y N = Número total de casos.

Para ver como se distribuyen algunas características de la muestra con respecto a la variable que se está midiendo, se puede estudiar la forma curva de distribución, que es como la de una campana. La curva normal de un tipo especial de curva asimétrica, la cual se basa en el estudio de un gran número de casos. Es unimodal, por lo tanto su media, mediana y modo siempre coinciden.

Existen formas de calcular la manera en que están distribuidos los datos bajo esta curva. Es posible transformar los valores de una curva normal determinada en valores numéricos, de tal forma que utilizando una tabla se puede evaluar la proporción de casos que se encuentren en un intervalo dado. A esta técnica se le conoce como calificación "z" o calificación estándar.

ESTADISTICA INFERENCIAL

Su principal fin consiste en poder hacer generalizaciones de varias características de alguna muestra de la población de la cual fue extraída. A las características representativas de una población, se les conoce como "parámetros", y a las de una muestra estadística. Para los parámetros se utilizan letras griegas y para las estadísticas se usa un abecedario romano.

La ley de los grandes número, que se aplica tanto a los parámetros, como a los estadísticos dice: "entre mayor sea el tamaño de una muestra, menor será la probabilidad de que el valor de una observación dada varie del verdadero valor de esa observación por más de una cierta cantidad fija."

La importancia de la curva normal consiste en el hecho de que eventos que suceden al azar en grandes número, tienden a distribuirse en la forma de la curva normal.

La estadística puede dividirse también en "paramétrica" y "no paramétrica".

La estadística paramétrica tiene como requisito la normalidad. Para utilizar pruebas estadísticas paramétricas, las muestras con que se trabaja deben ser tomadas de poblaciones que se encuentren distribuidas de acuerdo con la curva normal. Además las varianzas (cuadrado de la desviación estándar) dentro de los grupos son iguales y los datos deben ser medidas continuas con intervalos iguales.

La desviación estándar es la más útil de las medidas de dispersión y se define como la raíz cuadrada de la media aritmética de la diferencia entre las desviaciones al cuadrado y la media:

Donde: s = desviación estándar; n_i = cada caso;
 \bar{x} = cada media y N = número total de casos.

PRUEBAS DE LA ESTADÍSTICA PARAMÉTRICA.

Para una sola muestra se utiliza la calificación "z" y también se puede utilizar la prueba "t". Esta última requiere -- que se trabaje con una población normal sólo cuando el tamaño de la muestra es muy pequeña, habra diferencias importantes -- entre las distribuciones "z" y "t" y en estos casos se recomienda utilizar "t" en lugar de "z".

Para dos muestras relacionadas o para dos muestras independientes existe también la prueba "t", que tiene los mismo requisitos para una sola muestra.

La prueba a la que con mayor frecuencia se recurre dentro de la estadística paramétrica es la de análisis de varianza, la cual puede ser utilizada en una o más muestras, ya sean independientes o relacionadas. Se utiliza para ver la diferencia entre las medidas de dos o mas muestras; para su cálculo se emplean varianzas. Se utiliza generalmente para ver la relación que entre una escala nominal, o una de orden mayor, y una intervalar; sus requisitos son la normalidad y la selección al azar de la muestra.

La base del análisis de varianza es similar a la prueba "t" : simplemente nos dice si existe diferencias entre los grupos que estamos comparando sin ver el tamaño ni la dirección de estas diferencias.

Existe también el análisis de varianza y correlación, en el cual se combinan los mismos principios del análisis de varianza y correlación, y se aplica en pruebas que impliquen más de una escala intervalar, combinada con cualquier número de escalas nominales. Esta técnica se emplea utilizando dos muestras relacionadas.

Para más de dos muestras, la prueba estadística más utilizada es el análisis de varianza, el cual tiene casos especiales aplicables tanto en muestras relacionadas como en muestras independientes.

Otra prueba estadística utilizada para más de dos muestras es la covarianza múltiple. Se utiliza principalmente para estudiar los cambios relativos a los efectos de una determinada variable; al mismo tiempo que se introducen las variables como controles.

Otras pruebas que se emplean con más de dos muestras independientes son las pruebas Sheffe, LSD, SNK, Tukey y Duncan, y se utilizan cuando en el análisis de variancia se obtuvieron diferencias significativas, aunque la prueba de Duncan se puede utilizar a pesar de que el análisis de variancia no haya sido significativo. Estas pruebas de contraste permiten precisar la dirección y fuerza que poseen las diferencias.

Las principales técnicas paramétricas correlacionales estables de producto-momento de Pearson, el análisis de regresión, el análisis de correlación múltiple, el análisis de regresión múltiple y el análisis factorial. Las cuatro primeras pruebas que mencionamos corresponden a las de regresión y correlación. Estas medidas se utilizan cuando se requiere analizar la relación que existe entre dos o más variables. En las medidas correlacionales en estadística paramétrica, el valor más alto será de 1, cuando hay una relación perfecta y el más bajo será de 0, en los casos en los que no exista ninguna asociación entre las variables.

En el análisis de regresión, ya sea simple o múltiple, se trata de describir como varía el valor de una variable. El análisis de regresión múltiple es un instrumento descriptivo, por medio del cual se resume y analiza la dependencia de una variable con otras, o como una técnica de inferencia, en la cual las relaciones que existen entre los miembros de la población son inferidas con base en la información obtenida a través de la muestra.

Mientras que en el análisis de regresión simple vemos como varía una sola variable en relación con otra, en el de regresión múltiple se ve la relación que existe entre una variable dependiente de un grupo de variables dependientes.

Así también el análisis de regresión indica la forma de relación que existe entre dos variables, y el de correlación muestra qué tan estrecha son las relaciones.

Otra comparación importante es entre la correlación parcial y la correlación múltiple. La primera se utiliza cuando el investigador hace referencia a la correlación o a la asociación que existe entre dos variables, una vez que los efectos de las otras variables han sido controlados y la múltiple para predecir que parte de la variación puede ser explicada por medio de todas las variables independientes tomadas en conjunto.

Una vez obtenidos los pesos o fuerzas de cada una de las variables independientes en relación con la dependiente, y utilizando correlación múltiple, se podrá utilizar el análisis de regresión múltiple con objeto de predecir una variable dependiente determinada, a partir de un número cualquiera de variables independientes.

El principio que fundamenta el análisis factorial es aquel que indica que si hay un gran número de variables o de indica

datos correlacionales entre sí, esas asociaciones pueden deberse a la presencia de uno o más factores que se relacionan, en diferentes escalas, con los diferentes indicadores o con las variables. Cada factor constituye entonces un grupo de indicadores o de variables que se correlacionan entre sí. El análisis factorial permite observar no sólo si existe algún tipo de relación, como en el caso de análisis de varianzas, sino que indica que tan fuerte son estas relaciones.

PRUEBAS DE LAS ESTADÍSTICAS PARAMÉTRICAS:

Para una sola muestra a nivel nominal, se utiliza la prueba de distribución binomial. Esta se utiliza cuando el problema que se va a investigar trata de una dicotomía, es decir, tratamos con dos posibilidades de solución.

Una prueba muy utilizada en estadística paramétrica para una sola muestra independiente es la de "ji cuadrada", la cual se abrevia χ^2 y permite ver la relación que existe entre escalas nominales y cualquier número de categorías. Sirve para estudiar las frecuencias obtenidas en cada una de estas categorías son iguales o diferentes de las frecuencias que hubieran sido esperadas con base en el azar. La χ^2 generalmente se emplea para analizar el cruce de dos variables a nivel nominal, así como sus diferentes categorías.

A nivel ordinal en estadística no paramétrica para una sola muestra se utiliza generalmente la prueba de rachas para una muestra y la de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. Ambas pruebas tienen versiones adaptables también para dos muestras independientes.

La prueba de rachas para una muestra o la prueba de rachas de Wald-Wolfowitz para dos pruebas independientes, suponen independencia de las muestras y que el nivel de medición sea por lo menos ordinal. Se usa principalmente como medida de dispersión; sin embargo se aprecian las diferencias en general, no únicamente las de las diversiones estándar. Cuando aparecen muchas ligas, o sea, muchas calificaciones que se repitan más de una vez, es recomendable utilizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

No existen pruebas estadísticas no paramétricas para una muestra que alcance a nivel intervalar.

Para dos muestras independientes a nivel nominal, se puede utilizar la χ^2 o la prueba de Fisher. Ambas tienen la ventaja de que únicamente indican si hay o no algún tipo de relación entre las variables, sin hacer referencia a la fuerza de esta relación.

A nivel ordinal, las pruebas más utilizadas son la de la mediana, la de Mann Whitney y la de relaciones extrañas. La prueba de la mediana requiere que las calificaciones se hayan obtenido a través de una escala que mida a nivel ordinal. Per

mite ver si dos o más grupos independientes presentan diferencias en cuanto a sus medidas de tendencia central.

La prueba de Mann-Whitney requiere también que se trabaje con muestras independientes, elegidas al azar, y que el nivel de medición sea por lo menos ordinal.

La prueba de Moses de reacciones extremas sirve cuando en un estudio se descubre que los dos grupos sometidos a investigación, proporcionan respuestas muy diferentes, al grado de caer en extremos opuestos.

A nivel intervalar, tanto para dos muestras independientes como para dos muestras relacionadas, existe la prueba de aleatorización, y es útil para conocer el nivel de significancia en la diferencia de medidas entre dos muestras independientes pequeñas.

Para dos muestras relacionadas a nivel nominal, se utiliza la "prueba de antes y después de McNemar".

A nivel ordinal también se utiliza la prueba McNemar y además la Prueba de Signos y la de Wilcoxon. La prueba de Signos utiliza signos de "más" o de "menos" en vez de números. Es útil principalmente cuando no es posible ordenar numéricamente los datos, pero sí es posible ordenar, con respecto a otro, cada uno de los miembros de un grupo de observaciones. La única su posición que se hace en esta prueba es que la variable es continua.

A nivel intervalar se puede utilizar la prueba de aleatorización, que es útil, no sólo para analizar los datos estadísticamente, sino para comprender la naturaleza de las estadísticas no paramétricas en general. Su uso no es muy común.

Otra prueba que se pueda emplear en esta categoría es la de Walsch, la cual requiere que las poblaciones sean simétricas, de manera tal que la media y la mediana sean iguales y además sean representaciones exactas de la tendencia central de la población.

Para más de dos muestras independientes a nivel nominal, la única prueba que se utiliza es la extensión de la χ^2 y tienen las mismas suposiciones y pasos a seguir que la χ^2 para dos muestras independientes.

A nivel ordinal se utiliza la extensión de la prueba de la mediana y el análisis de varianzas de Kruskal-Wallis, que se utiliza cuando las muestras fueron tomadas al azar. Implica el ordenamiento de los datos y la comparación de la posición de estos dentro de este orden.

No existen pruebas en estadística no paramétrica para más de dos muestras a nivel intervalar.

Para más de dos muestras relacionadas a nivel nominal, se utiliza la prueba G de Cochran, que es una extensión de la de -- McNemar y sirve para observar si más de dos grupos relacionados en frecuencias o en proporciones, varían significativamente entre sí. Presentan únicamente dos opciones en cada variable y a nivel ordinal.

A nivel ordinal para más de dos muestras relacionadas, se utiliza la prueba de Friedman, que requiere que haya más de dos muestras, cuyas calificaciones se encuentran medidas por lo menos a nivel ordinal.

A nivel intervalar tampoco existen pruebas.

Para medidas correlacionadas en estadística no paramétrica existen las siguientes pruebas:

A nivel nominal el coeficiente C de contingencia, sirve para medir el grado de asociación entre dos grupos de características. No es necesario que se esté utilizando un continuo de calificaciones. Tiene como base la χ^2 .

A nivel nominal la más conocida de las pruebas correlacionales es el coeficiente de Spearman. Requiere que ambas variables estén por lo menos a nivel ordinal para que los objetos o sujetos investigados puedan ser ordenados.

Otra técnica que se utiliza a este nivel es la de Tau Kendall T , que tiene los mismos requisitos que la de Spearman. La ventaja de la Tau sobre la rho, es que tiene una extensión en la cual es posible controlar las variaciones de una tercera variable en relación con las dos bajo estudio, teniendo de esta manera una mayor probabilidad de predicción de resultados.

La rho es además generalizable por medio de otra extensión o adaptación a más de dos variables; esta variación se conoce como coeficiente W de concordancia.

A nivel intervalar no hay técnicas correlacionales en estadística no paramétrica.

XIII PRESENTACION DE RESULTADOS.-En esta sección se presentan los resultados obtenidos en la investigación y se hace por medio de tablas, gráficas, dibujos, cuadros, etc., además de hacer una descripción detallada de dichos resultados y de establecer su relación con la hipótesis y con el marco teórico.

XIV CONCLUSIONES.-Se establece en esta sección en forma resumida los objetivos y resultados principales, interpretando los y mencionando las contribuciones empíricas y teóricas del trabajo.

XV SUGERENCIAS.- Son recomendaciones basadas en los resultados del trabajo, que se hacen con el objeto de guiar futuro

res investigaciones relacionadas al tema.

XVI BIBLIOGRAFICA.-Es la relación ordenada alfabéticamente de las obras consultadas.

2.2 ANALISIS CUANTITATIVO

TABLAS DE FRECUENCIAS

C O N C E P T O	U N A M		EXTRANJERAS	
	No.	%	No.	%
IDENTIFICACION				
Individual	26	86.67	1	16.67
Grupel	4	13.33	5	83.33
Total:	30	100	6	100.00

Como podemos observar, en la Facultad de Psicología de la UNAM, hay una gran tendencia a trabajar individualmente, ya que el 86.67% de los trabajos, se han realizado de esta forma a diferencia de los trabajos extranjeros, que en su mayoría fueron realizados por un equipo de científicos.

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo	2	6.67	-	
Comparativo	18	60.00	6	100
Bibliografico	4	13.33	-	
De Caso	5	16.67	-	
Correlacional	1	3.33	-	
Total	30	100		

El estudio comparativo es el más usado, tanto en la UNAM como por investigadores de otros países, debido a que nos permite comparar dos poblaciones midiendo una sola variable y de esta manera conectar las características especificadas de cada población.

el tipo de estudio de este caso está trabajando en dos aspectos: el de intervención terapéutica que se realizó en las tesis 27 y 28 y el de diagnóstico evaluación en las 19, 24 y 25

Podemos notar que no se usaron los estudios de investigación epidemiológica ni el método clínico, y que el estudio de investigación en la evaluación de programas clínicos se tomó en cuenta en dos trabajos de tipo bibliográfico, las tesis 3 y 10, que hacen un análisis sobre los resultados de la aplicación de programas terapéuticos en USA, pero no hechos por los realizadores de las tesis, sino únicamente fue un reporte de lo que encontraron otros investigadores.

C O N C E P T O	U N A M		EXTRANJERAS	
	No.	%	No.	%
O B J E T I V O				
Si se menciona	26	93.33	6	100
No se menciona	2	6.67	-	-
Total	30	100.00	6	100

1) Comprobar validez de un instrumento	6	20	2	33.33
2) Estandarizar un instrumento	3	10	-	-
3) Aplicar un instrumento a una población.	-	---	1	16.66
4) Comparar 2 poblaciones	7	23.33	3	50
5) Correlacionar	1	3.33	-	-
6) Establecer causas de un fenómeno	3	10	-	-
7) Describir características de una muestra	1	3.33	-	-
8) Conocer resultados de terapia	5	16.67	-	-
9) Comparar corrientes Teóricas	2	6.67	-	-
10) No se menciona	2	6.67	-	-
Total	30		6	

Los trabajos analizados en esta tesis, como toda investigación, tienen un objetivo específico que cumplir, mismo que --ñles dio origen. Sin embargo, muchos de ellos no concretizan el objetivo buscado, perdiéndose en la utilización de la metodología, sin sentido alguna.

P R O B L E M A

Si se menciona	14	46.67	6	100
No se menciona	16	53.33	-	-
Total	30	100.00	6	100

De la observación abierta de los acontecimientos, nace en el científico la búsqueda de orden de la consecuencia y uniformidad, así como de las relaciones funcionales entre los fenómenos. Es así como supuestamente surge el problema que da origen a un experimento. En los trabajos analizados de la UNAM, el 46.67%, buscaron la solución de algún problema, sin embargo el otro 53.33% no explican cual es el problema que pretenden resolver con su estudio. En el 100% de los trabajos extranjeros si hacen referencia al problema que los ocupa.

UNAM

EXTRANJERAS

CONCEPTO	No.	%	No.	%
TEORIAS CITADAS				
General	4	30	-	-
Específica	24	80	6	100
Total	30	100	6	100

Conductual	3	10.00	-	-
Dinámica	10	33.33	2	33.33
Biológica	2	6.66	4	66.67
Psicosocial	4	13.33	-	-
Factorialista	2	6.66	-	-
Gestalt	1	3.33	-	-
Teoría de los Sistemas	1	3.33	-	-
Teoría de la Comunicación	1	3.33	-	-
Escuela psiquiátrica Americana	2	6.66	-	-
Escuela psiquiátrica Francesa	1	3.33	-	-
Existematista	1	3.33	-	-
Total			6	100.00

En los trabajos realizados en la UNAM, es muy notable la diferencia de los investigadores, en basar sus estudios en las teorías dinámicas. El 33.33% de los trabajos se hicieron con este fundamento. En cambio en los experimentos realizados por extranjeros, se hizo hincapié en el aspecto psicobiológico de la esquizofrenia, aunque sin hacer a un lado la dinámica.

En general los marcos teóricos de las tesis han constituido un buen fundamento para iniciar la investigación y se han empleado adecuadamente.

POBLACION

Hombres	5	16.67	-	-
Mujeres	1	3.33	-	-
Niños	1	3.33	-	-
Familias	1	3.33	-	-
Mixtos	14	46.67	6	100
Total	30	100.00	6	100
Esquizofrénico	30	40	6	100
Mixtos (normales y enfermos)	10	33.33	-	-
No se aplica	8	26.67	-	-
Total	30	100.00	6	100

UNAM

EXTRANJERAS

CONCEPTO	No.	%	No.	%
----------	-----	---	-----	---

POBLACION

Tanto en la UNAM como en los trabajos de países extranjeros - prefirieron trabajos con grupos mixtos, formados por hombres y mujeres, esquizofrénicos de diversos diagnósticos y sujetos normales, para ser usados como grupo control. Cuando decimos que este concepto no se aplica, queremos decir que por el tipo de investigación no fue necesario tener una población.

SUJETO O MUESTRA

Esquizofrénico	18	60	6	100
Mixtos (normales y enfermos)	9	30	-	
No se aplica	3	10	-	
Total	30	100.00	6	100
Hombres	8	26.67	-	
Mujeres	2	6.67	-	
Mixto	17	56.66	6	100
No se aplica	3	10.00	-	
Total	30	100.00	6	100
Adecuada	26	86.67	6	100
No adecuada	-	-	-	
No se aplica	4	13.33	-	
Total	30	100.00	6	100
Probabilística	0	-	-	
No probabilística	22	73.33	6	100
No se aplica	8	26.67	-	
Total	30	100.00	6	100

En todos los casos, tanto nacionales como extranjeros, se trabajó con esquizofrénicos, mayormente hospitalizados o bajo -- consulta externa, los grupos, muestra generalmente eran mixtos, y por ser muestras. Los pequeños y seleccionados arbitrariamente la mayoría, su aplicación no podrá ser probabilística.

INSTRUMENTO

1) Cuestionario socio económico	2	6.67
2) Historia clínica	4	13.33
3) Entrevista	5	16.67
4) Clasificación de objetos	2	6.67

CONCEPTO	U. N. A. M.		EXTRANJERAS	
	No.	%	No.	%
5) M.M.R.I.	3	10.00		
6) Rosechoch	5	16.67		
7) Asociación de palabras, Orbison	2	6.67		
8) Figura humana	2	6.67		
9) Prueba de Tsedek-de Baruk	1	3.33		
10) Diferencial semántico Oswod	1	3.33		
11) Frases incompletas	2	6.66		
12) Terapias	4	13.33		
13) Test de Raven	1	3.33		
14) Weis	4	13.33		
15) Manchas de tinta de Hollman	3	10.00		
16) Seuler	3	10.00		
17) Ellis	1	3.33		
18) Registro psiquiátrico	2	6.67		
19) Test de memoria de Wechsler	1	3.33		
20) Escala Tennessee de autoconcepto	1	3.33		
21) Registro de conducta	1	3.33		
22) Vasoprenesina análoga	-		1	16.67
23) Inventarios de mecanismos de defensa	-		1	16.67
24) Investigación de memoria comparativa C.R.T.	-		1	16.67
25) Entrevista familiar combe	-		1	16.67
26) Test de Szondi	-		1	16.67
27) Reforzadoras varios	-		1	16.67
Total				100.00
Adecuado al diseño	28	93.33	6	100
Inadecuado	-		-	
No se aplica	2	6.67	-	
Total	30	100.00	6	100

Exista un gran número de instrumentos psicométricos y proyectivos que se utilizan para la investigación y diagnóstico de la esquizofrenia, y además se han creado ininidad de métodos terapéuticos y rehabilitatorios. Aquí enumeramos algunos de ellos. Los dos más usados en nuestra investigación son el Test de Rosechaush y la entrevista psicométrica.

CONCEPTO	UNAM		EXTRANJERAS	
	No.	%	No.	%
FORMAS DE APLICACION				
Individual	24	80	6	100
Colectivo	2	6.67	-	-
No se especifica	4	13.33	-	-
Total	30	100.00	6	100

En su mayor parte, tanto los trabajos de la UNAM como los extranjeros, prefieren presentar las pruebas individualmente a los sujetos, ya que de esa manera se facilita la observación de actitudes y el rapport, lo que permite un conocimiento más profundo del sujeto y un trabajo más confiable.

VARIABLES

Dependiente	-	-	-	-
Independiente	-	-	-	-
Extranjas	6	20	-	-
Mixtas	3	10	5	83.33
No se mencionan	18	60	1	16.67
No se aplican	3	10	-	-
Total	30	100	6	100.00
Adecuadas al diseño	9	30	5	83.33
No adecuada	18	60	-	-
No se aplican	3	10	-	-
No mencionan	-	-	1	16.67
Total	30	100	6	100.00

Respecto a las variables, en las Tesis de la UNAM, en un alto porcentaje no se hizo mención a ellas, probablemente por descuido, pues se infiere su existencia a través de la lectura de las tesis, en cambio en los trabajos extranjeros se les puso énfasis y casi en todos se usaron varios tipos de variables, siendo en su mayoría adecuadas al diseño experimental.

HIPOTESIS

De trabajo	3	10	-	-
Conceptuales	4	20	-	-
Alternas	-	-	-	-
Nulas	6	20	1	16.67
Mixtas	3	10	2	33.33
No se mencionan	9	30	3	50
No se aplican	3	10	-	-
Total	30	100	6	100.00

UNAM

EXTRANJERAS

CONCEPTO	UNAM		EXTRANJERAS	
	No.	%	No.	%
No se mencionan	9	30	3	50
Interrogantes bien delimitadas	14	46.67	2	33.33
No delimitadas	4	13.33	-	-
No se aplican	3	10	1	16.67
	30	100.00	6	100.00

De igual manera que en las variables, la hipótesis muchas veces no se menciona, sin embargo también se infiere al leer el trabajo. En este caso, el porcentaje de hipótesis no mencionados fue más alto (50%) en las tesis extranjeras. En los de la UNAM fue un 30% este porcentaje.

PRUEBAS ESTADISTICAS

Media	17	56.67	3	50
Desviación estandar	14	46.67	-	-
Calificación Z	1	3.33	-	-
Varianza	1	3.33	2	33.33
T. de Student	8	26.67	-	-
Nivel de Esquificancia	5	16.67	1	16.67
Análisis de regresión y predicción.	1	3.33	-	-
Porcentajes	8	26.67	3	50
Chi ²	2	6.67	-	-
Grados de libertad	1	3.33	-	-
Percentiles	2	6.67	-	-
Nula	1	3.33	-	-
Prod. Momento de Pearson	1	3.33	-	-
Mediana	1	3.33	-	-
Prueba Fisher	1	3.33	1	16.66
Prueba de error	1	3.33	-	-
Coefficiente de Correlación	1	3.33	-	-
Moda	-	-	1	16.66
Análisis Cualitativo adecuado	22	73.33	6	100
Análisis Dualitativo inadecuado	-	-	-	-
No se aplica	8	26.67	-	-
Total	30	100.00	6	100
De acuerdo al diseño	20	66.67	6	100
En desacuerdo al diseño	2	6.67	-	-
No se aplica	8	26.67	-	-
Total	30	100.00	6	100

CONCEPTO	UNAM		EXTRANJERAS	
	No.	%	No.	%

PRUEBAS ESTADISTICAS

Las pruebas estadísticas más usadas en las tesis de la UNAM - fueron la media, la desviación estandar y en tercer lugar los porcentajes. La media y los porcentajes fueron los más usados en los trabajos extranjeros. En todas las investigaciones, -- tanto de la UNAM como de otros países, el análisis cualitativo fue hecho adecuadamente y en la mayoría de los casos, de acuerdo al diseño experimental.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Tablas	18	60	5	83.33
Descripciones	12	40	1	16.66
Esquemas	2	6.67	-	-
Cuadros	1	3.33	-	-
Perfiles	1	3.33	-	-
Dimensiones	1	3.33	-	-
De acuerdo a la hipótesis	14	46.67	3	50
Desacuerdo a la hipótesis	4	13.33	1	16.67
No hay hipótesis	12	40.00	2	33.33
Total	30	100.00	6	100.00

Se usaron mucho en todos los trabajos las tablas, gráficas y dispersiones, lo que dio gran claridad a las presentaciones - de los resultados. En el 46.67% de los casos de las tesis de la UNAM, se confirmaron las hipótesis y en 50% de los trabajos extranjeros igualmente.

Se debe tener en cuenta que en toda predicción hay siempre un elemento de incertidumbre, pues aunque esté basada en una ordenación sujeta a una ley, también la afecta la probabilidad, es por eso que se realiza la investigación, tratando de aumentar la probabilidad de que la predicción sea correcta.

CONCLUSIONES

Se refieren al mono teórico	26	86.67	6	100.00
No se refieren al mono teórico	1	3.33	-	-
No se aplican	3	10.00	-	-
Total	30	100.00	6	100.00

CONCEPTO	UNAM		EXTRANJERAS	
	No.	%	No.	%
Aportan ideas nuevas	18	60	6	100
Corroboran otros trabajos	9	30	-	-
No se aplican	3	10	-	-
Total	30	100	6	100

Las conclusiones presentadas en la mayoría de los trabajos, -- tanto nacionales como extranjeros, presentaron sus conclusiones solucionadas con el marco teórico, lo cual sugiere que se siga un sistema de trabajo ordenado y basado en el método -- científico.

SUGERENCIAS

Si las hay	20	66.67	3	50
No las hay	10	33.33	3	50
Total	30	100.00	6	100

En el 66.67% de las tesis de la UNAM se sugiere experimentos que complementen los trabajos realizados y en el caso de los extranjeros, sólo el 50% presentan dichas sugerencias.

BIBLIOGRAFIA

Libros Español	30	10.00	-	-
" Inglés	24	80.00	6	100
" Frances	7	23.33	-	-
" Alemán	2	6.66	-	-
" Italiano	2	6.66	-	-
Artículos Español	16	53.33	-	-
" Inglés	23	76.66	5	83.33
" Frances	2	6.66	-	-
" Alemán	-	-	-	-
" Italiano	1	3.33	-	-
Tesis Español	7	23.33	-	-
" Inglés	2	6.66	-	-
" Frances	-	-	-	-
" Alemán	1	3.33	-	-
" Italiano	-	-	-	-
Fonencias Español	7	23.33	-	-
" Inglés	7	23.33	1	16.66
" Frances	-	-	-	-

CONCEPTO	U N A M		EXTRANJERAS	
	No.	%	No.	%
" Aleman	-		-	
" Italiano	-		-	

Casi en todas las investigaciones, la literatura mas consultada fueron libros y en segundo lugar articulos, tanto en español como en ingles. En las investigaciones realizadas en el extranjero, unicamente se consultaron textos en inglés. Esto es logico, pues este idioma es el más usado científicamente y comercialmente en todos los países.

CAPITULO IV

DISCUSION, CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Como se puede observar, en la Facultad de Psicología de la UNAM, hay una gran tendencia a realizar tesis en forma individual, a diferencia de trabajos realizados por científicos conocidos tanto en México como en otros países. Sería interesante analizar las causas de este individualismo. Será por falta de entrenamiento o disposición para trabajar en equipo, o por desconfianza en la capacidad y participación del otro?

Los puntos en que se encontraron mayores deficiencias respecto a la metodología científica fueron en primer lugar la definición del problema, que estuvo ausente en el 53.33% de los casos, en segundo lugar el establecimiento de las variables, que en un 60% de los casos no se mencionaron; el enunciado de las hipótesis, que no se realizó el 30% de los trabajos y en un 4% más no estuvieron bien delimitadas las interrogantes. No se hicieron sugerencias para ampliar investigaciones sobre el tema en el 33.33% de los casos.

En cuanto a los instrumentos, además de los tradicionales, se usaron en algunos de los trabajos, nuevos instrumentos creados por los mismos estudiantes o maestros de la UNAM. En este sentido se notó en algunos de los trabajos, el afán por buscar nuevas soluciones y hacer aportaciones científicas.

A lo largo de la lectura de todas las tesis estudiadas, se pudo observar que aunque tienen deficiencias metodológicas, la gran mayoría de ellas están teóricamente bien fundamentadas y la investigación bibliográfica ha sido concienzuda. Existe en ellas una gran variedad de referencias bibliográficas y seguramente, uno de los objetivos básicos de la elaboración de estos trabajos, que es el preparar al estudiante para su desarrollo profesional y ampliar sus conocimientos si se cumple.

Haciendo una comparación de los trabajos analizados de la UNAM con los de extranjeros, podemos observar que en general se investiga en forma similar y que la ciencia ha logrado estandarizar su metodología y sus objetivos, especialmente en un campo que como la psicología a veces se dificulta la aplicación de las técnicas, debido a la infinidad de variables que intervienen en un estudio y que es imposible controlar, por la naturaleza misma de su objeto de estudio, la conducta humana.

Sin embargo, se notó también que casi no se emplearon otros tipos de metodologías diferentes a la experimental, confirmando así el problema mencionado en la introducción.

Únicamente se usaron métodos de tipo experimental, que en algunos casos no se siguió con el rigor necesario, y el estudio de caso, que se empleó como intervención terapéutica en las tesis 17 y 28 y como diagnóstico evaluación en las tesis 19, 24 y 25.

El método clínico supone una intervención profesional y no se ha usado en las investigaciones. Sería conveniente que en los seminarios de tesis se motivara al estudiante a iniciar su labor profesional, utilizando este tipo de estudio en su tesis.

La principal limitación de este análisis es que la muestra estudiada se tomó únicamente de las tesis que sobre esquizofrenia se encuentran en la biblioteca de la Facultad de Psicología de la UNAM, por lo cual no representa la forma de trabajo de otras instituciones.

Además, la muestra fue muy pequeña en relación al tiempo que se investigó, que fue de 1963 a 1986.

De aquí surgen otras preguntas que sería interesante investigar:

Cuáles son los temas que más se investigan en el área clínica de esta facultad y por qué?

Siendo la esquizofrenia uno de los padecimientos que, como se ha mencionado ocupan un alto porcentaje entre los enfermos mentales, qué tanto se estudia en relación a otras enfermedades en las tesis de la Facultad de Psicología de la UNAM?

Actualmente, cuáles son los instrumentos psicométricos y proyectivos más usados para la investigación en el área clínica de la psicología y qué tan confiables y válidos pueden ser los resultados de su utilización?

Cabe sugerir, además, que se instituya en la Facultad de Psicología una materia de Seminario de Investigación, con objeto de que los estudiantes se preparen para realizar sus tesis y puedan así definir con exactitud el estudio que realizarán y la metodología a emplear.

Además valdría la pena hacer un estudio similar a este, pero en forma más cualitativa, pues el instrumento por su misma naturaleza objetiva limita ese tipo de análisis.

Otra sugerencia sería establecer un concurso anual sobre las tesis para premiar los mejores trabajos y motivar así al estudiante a optimizar sus investigaciones.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- ABT L.E. Y BELLAK L.; Psicología proyectiva; Edit. Paidós Buenos Aires 2a. Ed. (1978); Art. Swussn K., Dir. Test de Szondi, su aplicación en una investigación sobre pacientes deprimidos antes y después de la terapia-XXXXXXXXXXXXX pp. 176-187.
- 2.- AGUILAR FERNANDEZ R.N. (1963); La prueba Tadek aplicada a un grupo de esquizofrénicos mexicanos; UNAM, México, DF
- 3.- ABUIRRE BORTONI R. (1980); El proceso de deterioro de la imagen corporal en la esquizofrenia simple, detectado ,mediante el test de la figura humana; UNAM, D.F.
- 4.- ANATEY E. (1955); Test de dominicos, Edit. Paidós, Buenos Aires.
- 5.- AYLON TEDDORO, AZRIN NATHAN; Economía de fechas, Edit. Trillas, México, (1979).
- 6.- BACHRACH A.J. (1981); Como investigar en Psicología, Edit Moratos, Madrid España.
- 7.- BADILLO RUIZ B.E., JURADO BAZABAL M.M. (1977); Comparación de las características psicológicas encontradas en un grupo de esquizofrénicos y en otro de farmacodependientes; UNAM; México, D.F.
- 8.- BOSSELMAN E.CH. (1967); Neurosis y Psicosis, México, D.F. La Prensa Médica Mexicana; p. 97
- 9.- CARR A.C., FRAZIER S.H., (1975); Introducción a la Psicología, Editorial "EL ATENEO", Buenos Aires p. 111
- 10.-CHAVEZ ACEVEDO M.C. JIMENEZ HERNANDEZ M.E. (1980); Autismo: Historia de un caso; UNAM, México, D.F.
- 11.-COLOTILA ESPONZA V.A. (1966); Investigación Psicológica -- comparativa de la formación de conceptos en un grupo de esquizofrénicos y un grupo de normales, UNAM, México, D.F
- 12.-Coordinación de Laboratorios, Facultad de Psicoprácticas del Psicometría I, UNAM, México, D.F. (1978).
- 13.-CYMET RAMIREZ C.R. (1972); Comparación de algunos conceptos entre el esquizofrénico y sus padres a través del diferencial semántico; UIA, México, D.F.
- 14.-DE LA PUERTA MANGE F. (1971); La memoria en esquizofrénicos: Un estudio en relación al sexo; UNAM, México, D.F.

- 15.-DE LA TORRE ANDRADE L. (1974); Hallazgos Psicométricos en Esquizofrenia Paranoide; UNAM, México, D.F.
- 16.-Facultad de Psicología; Prácticas de evaluación de la personalidad; UNAM, México, D.F., 2a. Edición.
- 17.-FEMCHEL, OTTO. Teorías Psicoanalítica de la Neurosis.
- 18.-FLORES BUTIERREZ J.L. (1980); La familia del esquizofrénico, sus delirios, afecto inadecuado y dificultad en diferenciar los estímulos internos de los externos desde el punto de vista de la teoría de la comunicación; UNAM, México, D.F.
- 19.-FONTANOT WOLLMERSHAUSSER M.E. (1974); Estudio psicodinámico comparativo de las respuestas al FIS entre un grupo de pacientes esquizofrénicos y un grupo de candidatos aceptados en la H. Escuela Naval Militar; UNAM, México, D.F.
- 20.-GARCIA GUERRERO M.A. URANGA NUREZ L. (1972); Respuesta a las manchas de tinta de Holtzman con la técnica de administración colectiva en dos grupos de esquizofrénicos- Estudio comparativo entre hombres y mujeres; UNAM, México DF
- 21.-GARCIA VELASCO M.C. (1966); Respuestas visuo-táctiles entre un grupo de normales, esquizofrénicos y niños; UNAM, México, D.F.
- 22.-GOMEZ MORENO F. (1968); El trabajo remunerado como medida terapéutica en esquizofrénicos paranoides; UNAM, México, D.F.
- 23.-HAM HERNANDEZ R. (1964); Conceptos actuales sobre Esquizofrenia; UNAM, México, D.F.
- 24.-HILL L.B. (1956); Psicoterapia en la esquizofrenia (versión Castellana); Editorial Paidós, Buenos Aires pp: 8, 9, 27, 34 y 36.
- 25.-JOYCE ANDRESEN ROBIN JEAN (1971); Análisis diferencial de la inteligencia en dos grupos de esquizofrénicos; UNAM, México, D.F.
- 26.-KANNER LEO, 4a. edición; Psiquiatría Infantil; Edición Siglo Veintiuno; Buenos Aires p. 111
- 27.-LOMBARDO NORIEGA M.E. (1963); La Ergoterapia en la rehabilitación del Esquizofrénico Crónico; UNAM, México, D.F.
- 28.-LOPEZ A.L. PICK S. (1968), Como investigar en Ciencias Sociales; Edit. Trillas, México, D.F.

- 29.-MARTINEZ CARDENAS R.M., Soberanes Velázquez M.E.B. (1976) Estudio Comparativo con el MMPI entre pacientes histéricas y pacientes esquizofrénicas en las escalas Hs, Hi, Es, UNAM, México, D.F.
- 30.-MEDINA RIVERA M.S. (1969); Estudio Psicológico de la Prueba de Machover en un grupo de esquizofrénicos del estado de Sonora; UIA: México, D.F.
- 31.-MURD OJEDA J.E. (1970); Diagnóstico Diferencial entre 2 - grupos de esquizofrénicos mexicanos y una comparación con un grupo americano a través de respuestas a las manchas de tinta de Holtzman; UNAM, México, D.F.
- 32.-NAVA HERNANDEZ A.F. (1986); El autoconcepto en Esquizofrénicos; UNAM, México, D.F.
- 33.-OCHOA MORENO D, (1971); Algunos Aspectos psicobiológicos en la esquizofrenia; UNAM, México D.F.
- 34.-PADILLA LEYVA M.A. (1985); Algunos trabajos realizados en la investigación de las Esquizofrenias; UNAM, México, D.F
- 35.-PRIETO OLIVERA L (1963); Aplicación de la prueba de Rorschach a un grupo de esquizofrénicos Mexicanos; UNAM; México, D.F.
- 36.-RAPAPORT, D.; Test de diagnóstico psicológico; Edit. Paidós, Buenos Aires (1971) PP. 31-85
- 37.-RAPS SILLER M.M.; Investigación de la prueba de Holtzman aplicada a un grupo de pacientes esquizofrénicos Mexicanos; UNAM, México, D.F.
- 38.-RIVERO BORRELL GAMIZ D.M. (1980); Análisis estructural y psicodinámico de una muchacha esquizofrénica en una zona rural; UNAM, México D.F.
- 39.-ROMANO MERINO M.L. (1975); La Esquizofrenia: Dos ensayos; UNAM, México, D.F.
- 40.-ROMERO Y JIMENEZ CANET L. (1985); El tratamiento psicoterapéutico de las psicosis esquizofrénicas (Estudio de dos casos); UNAM, México, D.F.
- 41.-SHAFER P.L.; The Clinical application y psychological tests, Traducción.
- 42.-SCHRAML W. (1975) Psicología Clínica, Edit. Herder, Barcelona.
- 43.-THOMAS JIMENO M.R. (1978); Estudio comparativo entre dos pruebas gestáltico visomotoras (Bender y Ellis) en psicóticos esquizofrénicos hospitalizados; UNAM, México, D.F.

44.-VALLE GOMEZ TAGLE R.M. (1963); Una investigación sobre la disminución de habilidades mentales en un grupo de esquizofrénicos crónicos, por medio de pruebas psicodiagnósticas; UNAM, México, D.F.

45.-WOLBERG; Técnicas psicoterapéuticas, traducción hecha al Español por la Universidad Iberoamericana, Grune E Staton New York (1967).

