

878525

3
2ey

UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO

**ESCUELA DE PSICOLOGIA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**



**RASGOS DE PERSONALIDAD EN LOS
PADRES DE PACIENTES PSIQUIATRICOS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

MARIA DEL MAR MUNTANE FERNANDEZ

DIRECTORA DE TESIS: Psic. Hilda Fernández Alvarez

México, D.F.

FALLA DE ORIGEN

1995.



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.

Agradezco a todos aquellos que con su comprensión y paciencia han permitido que esta investigación hable de lo que tenga que hablar.

En especial a ti que con la ternura de tu reconocimiento hace de mí, una expresión más allá de la que yo anhelaba. AMOR.

A mi familia por su apoyo en cada instante de mi vivir.

Y a mis amistades que con su presencia me permiten.

Por el tiempo otorgado agradezco a la Psic. Miriam de la Llera.

Así también, por medio de esta tesis hago un amplio reconocimiento al **Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez** que ha hecho posible esta investigación y en especial a la gran asesoría dada por el Dr. Carlos Torner, el cual, con su tolerancia y profesionalismo me han permitido finalizar esta investigación.

INDICE

	PAGS.
I. INTRODUCCION	7
II. ANTECEDENTES	9
III. ESQUIZOFRENIA	
3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS	11
3.2 MODELOS ETIOLOGICOS	13
3.2.1 MODELO FAMILIAR	13
3.2.2 MODELO GENETICO	16
3.2.3 MODELO AMBIENTAL	18
3.2.4 MODELOS BIOQUIMICOS	19
3.2.5 MODELO PSICODINAMICO	22
3.3 SIGNOS Y SINTOMAS	25
3.4 FORMAS CLINICAS	32
IV. SINDROME ORGANICO CEREBRAL INDUCIDOS POR INHALANTES	
4.1 ANTECEDENTES HISTORICOS	40
4.2 MODELOS ETIOLOGICOS	52
4.2.1 MODELO FAMILIAR	52
4.2.2 MODELO AMBIENTAL	53
4.2.3 MODELO PSICODINAMICO	56
4.3 SIGNOS Y SINTOMAS	58
4.4 FORMAS CLINICAS	60
V. TRASTORNOS AFECTIVOS	
5.1 ANTECEDENTES HISTORICOS	64
5.2 MODELOS ETIOLOGICOS	69
5.2.1 MODELO FAMILIAR	69
5.2.2 MODELO GENETICO	70
5.2.3 MODELO AMBIENTAL	73
5.2.4 MODELOS BIOQUIMICOS	75

5.2.5 MODELO PSICODINAMICO	76
5.3 SIGNOS Y SINTOMAS	81
5.4 FORMAS CLINICAS	85
VI. FAMILIA Y CICLO VITAL	88
VII. INSTRUMENTO EYSENCK	
7.1 ANTECEDENTES DE LA ESCALA EYSENCK	101
7.2 DATOS DEL INVENTARIO	102
7.3 CARACTERISTICAS DE LAS ESCALAS	104
7.4 ADAPTACION Y VALIDACION DEL CPE	108
VIII. JUSTIFICACION	112
IX. OBJETIVOS	113
X. HIPOTESIS	114
10.1 HIPOTESIS ESTADISTICA	114
XI. METODOLOGIA	115
11.1 DISEÑO	115
11.2 VARIABLES	116
11.2.1 VARIABLE DEPENDIENTE	116
11.2.2 VARIABLE INDEPENDIENTE	116
11.2.3 VARIABLES DE CONTROL	116
11.2.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION	116
11.2.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION	117
11.3 MUESTRA	118
11.4 ESCENARIO	119
11.5 INSTRUMENTO	119
11.5.1 PROCEDIMIENTO	119
11.6 CRITERIOS DE ANALISIS	120
11.7 ANALISIS ESTADISTICO	121
XII. ASPECTOS ETICOS	122
XIII. RESULTADOS	123
13.1 RESULTADOS POBLACIONALES	123

13.2 RESULTADOS DE LA APLICACION DE LA ESCALA EYSENCK	128
13.2.1 COMPARACION POR ESCALA EN MADRES DE PACIENTES	128
13.2.2 COMPARACION POR ESCALA EN LOS GRUPOS DE PADRES DE PACIENTES	132
13.2.3 COMPARACION POR ESCALAS DE MADRES VS. PADRES	136
13.2.4 DIFERENCIAS POR SEXO DE LOS GRUPOS	140
XIV. DISCUSION	144
XV. CONCLUSIONES	148
XVI. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	149
XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	150
XVIII. ANEXOS	160

"... Este objeto, - acontecimiento casi imperceptible entre tantos otros, que se recopia, se fragmenta, se repite, se imita, se desdobra y finalmente desaparece sin que aquél a quien le tocó producirlo, pueda jamás reivindicar el derecho de ser su amo, de imponer lo que debe decir, ni decir lo que debe ser "

Michel Foucault (1964)

I. INTRODUCCION

La psicología busca organizar los hechos, formula y comprueba hipótesis y teorías, se adhiere a las normas prescritas para planear y conducir investigaciones, extraer conclusiones con base en la evidencia reunida sistemáticamente. Una de las grandes áreas de investigación psicológica es el fenómeno de la psicosis.

La psicosis, un trastorno que en la mayoría de los casos se observan las rupturas de la continuidad que se producen sin cesar en su conducta, la imposibilidad de sobrepasar el instante en el cual quedó fijado para conectarse con el universo de los demás, o para volverse hacia el pasado y el porvenir; todas estas manifestaciones invitan a describir su enfermedad en términos de funciones abolidas, como la actividad consciente del enfermo confuso está obscurecida, empequeñecida, fragmentada (Foucault, 1964). Este trastorno borra pero subraya; anula por una parte, pero por otra exalta. Su esencia no reside sólo en el vacío que provoca, sino también en la plenitud positiva de las actividades de reemplazo que vienen a llenarlo.

El problema de la psicosis ha sido abordado desde distintas perspectivas, tanto teóricas como psicodinámicas, cuyo propósito es la comprensión de la patología desde un nivel "metapsicológico", hasta la perspectiva fenomenológica utilizada, principalmente por la psiquiatría para el estudio de los enfermos mentales (Ackerknecht. 1959).

Las posibles causas de los trastornos psicóticos han sido propuestas desde lo orgánico (causas genéticas, infecciosas, traumáticas, por fármacos psicoactivos, y metabólicas), lo psicodinámico (teorías postKleinianas, como Rosenfeld) y los estudios en familias con algún miembro psicótico (teoría del doble vínculo, madre patógena y padre inadecuado, etc.).

Los trastornos psicóticos más estudiados han sido analizados desde varias perspectivas, así como en el ámbito de lo fisiológico, hasta los aspectos ambientalistas y familiares, como los estudios realizados en relación a los padres de ciertos pacientes que han desarrollado un trastorno mental.

Los estudios exploratorios de la relación patógena padres-hijos, comenzaron a mediados de la década de los treinta, en donde Kasanin y cols. (1934)

encontraron que las madres de los pacientes esquizofrénicos se mostraban agresivas; dominantes, inseguras y rechazantes, en comparación con los padres, a los cuales se les describió como inadecuados, pasivos y más bien indiferentes. Se han propuesto varias clasificaciones de los padres, entre ellas la de Reichard y Tillman (1950), quienes dividieron a las madres esquizofrénicas en abiertamente rechazantes y en cubiertamente rechazantes y los padres esquizofrenogénicos en tipo dominante y tipo sádico.

Para ampliar el conocimiento de los rasgos de personalidad observados en los progenitores de sujetos que han desarrollado un cuadro clínico psiquiátrico, se realizó una investigación comparativa de los rasgos de personalidad de padres de pacientes psiquiátricos, con diagnósticos de esquizofrenia paranoide, trastorno afectivo bipolar y síndrome orgánico inducido por consumo de sustancias volátiles. Como grupo control de esta investigación, incluimos padres de pacientes internados en el Hospital de Traumatología y Ortopedia, que no tenían ningún antecedente de patología psiquiátrica.

Para la evaluación de los rasgos de personalidad, se utilizó el Inventario de Personalidad Eysenck (CPE), el cual está basado en un modelo de cuatro dimensiones de la personalidad: neuroticismo (N), psicoticismo (P), deseabilidad social y extroversión (E).

El Inventario de Personalidad de Eysenck, ha sido empleado en múltiples estudios, desde población general hasta grupos particulares. Este estudio permitirá, al mismo tiempo que se explora el tipo de personalidad, valorar al instrumento en cuanto a la posibilidad de su uso en relación a los trastornos mentales, lo que sería de suma utilidad.

II. ANTECEDENTES GENERALES

Las enfermedades plantean una serie de problemas interesantes, en lo práctico se encuentran las dificultades para llegar al diagnóstico, además del diagnóstico diferencial, para diseñar el tratamiento específico; en lo teórico, la definición de enfermedad y su impacto en la sociedad, que tiene una fuerte relación con los factores causales o desencadenantes de la misma, y su repercusión en el estilo de vida de los individuos. Pudiendo haber un factor multicausal.

El campo donde tanto los límites como las causas de la enfermedad son difíciles de precisar, es la salud mental, ya que debe determinarse cuándo la actitud de un individuo son adecuadas, y cuándo traspasan el borde de lo patológico. Este borde o límite no tiene delimitaciones precisas.

En función de esta dificultad, se han hecho intentos de construir clasificaciones diagnósticas que permitan una diferenciación más precisa entre patología y salud, en relación a las funciones mentales. Una de las clasificaciones más importantes surgió a raíz de la confrontación de las distintas definiciones tanto europeas como norteamericanas.

En los Estados Unidos de Norteamérica se llevó a cabo un análisis de las categorías diagnósticas y los síntomas afines a éstas, dando por resultado la creación del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana, que se encuentra en la actualidad en su cuarta versión (DSM-IV).

Siendo el DSM-III-R el consenso diagnóstico más reciente, así como el CIE-10, que pueden aclarar entonces el cuadro clínico, ya que brinda una síntesis entre el enfoque sobre los síntomas y sobre la evolución clínica de las patologías más relevantes en el campo de la salud.

Aún teniendo claro el cuadro que se presenta en un paciente también la tendencia observable de una persona a actuar o conducirse de determinada manera, que son la actitudes y predicada sobre la cualidad perdurable de sus rasgos, tiene suma importancia en la observación de los síntomas, ya que, si se mantiene esa actitud (o una serie de actitudes semejantes) durante la vida, el observador se siente justificado para describirlas como rasgos de personalidad. Allport (1960), cuyos

estudios clásicos de personalidad se han referido, en gran medida, a este aspecto de la organización psicológica del hombre, ha llegado a atribuir a esas unidades elementales de conducta la categoría de realidades psicológicas "últimas". Sean lo que fueren, pueden compararse con las partículas todavía más pequeñas, más elementales.

Visto desde el punto de vista del sociólogo, un rasgo o actitud es un elemento o configuración más o menos perdurable, estrechamente relacionado con un hábito, pudiéndose manifestar en una multiplicidad de papeles sociales; en el papel habitual que desempeña una madre en relación con su hijo, o por el hijo en relación con su madre; de un esposo con su esposa; de un hermano; y así sucesivamente. Así, describir la actitud de un hijo hacia su padre como " dócil " supone la predicción a corto plazo de que, sobre la base de su actuación pasada, puede esperarse que se conduzca de una manera dócil dentro de determinado contexto social; igualmente, describir la actitud de una madre como "controladora " supone que se de esperarse que se comporte con los demás de una manera controladora. Si se descubre que se comporta, consecuentemente, de esa manera con sus hijos, con su esposo y con todos aquellos con los que entra en contacto a lo largo de su vida, esto equivale a un rasgo del carácter (Ehrenwald, 1967).

De esto que el saber que tipo de rasgos que son más frecuentes entre cierto tipo de población sea de interés en el campo de la salud mental y de ello surge esta investigación, la cual trato de responder la duda del saber que rasgos son similares y diferentes en las muestras ya mencionadas.

III. ESQUIZOFRENIA

3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

Kraepelin (1899) es la gran figura sobre la que gravita la psiquiatría aún en nuestros días. En la sexta edición de su tratado, recogió y recalificó la entidad clínica de la demencia precoz, subdividiéndola en tres formas: la hebefrénica, la catatónica y la paranoide. Esta última constituyó la forma delirante de las demencias precoces. Sin embargo, Bleuler (1911) rehusó tomar en una misma línea el conjunto de los síntomas que se juzgaban típicos de la esquizofrenia, y ofreció la distinción entre síntomas primarios - en los que se inscribe y caracteriza directamente el proceso patológico y los síntomas secundarios. Rechazó así la consistencia interna de ésta entidad nosológica caracterizada por el inicio precoz, la sintomatología predominantemente afectiva, motora o delirante, y el curso fatalmente demencial. En su opinión, esta enfermedad no poseía un curso unitario, es decir, no evolucionaba irremediamente hacia la demenciación (Bleuler, 1911).

El término esquizofrenia fue ideado por E. Bleuler en 1911 para designar a un grupo de psicosis, cuya unidad ya había señalado Kraepelin clasificándolas bajo el epígrafe de demencia precoz, donde este término proviene del griego, *hendir*, escindir, y *espíritu*, del cual Bleuler intentó poner manifiesto lo que, para él, constituyó el síntoma fundamental de estas psicosis: la *SPALTUNG* (disociación), término que se impuso en la literatura del campo de la salud mental, ya que sus efectos se manifestaron en diversos dominios de la vida psíquica (pensamiento, afectividad, actividad), constituye ante todo un trastorno de las asociaciones que rigen el curso del pensamiento (Laplanche y Pontalis, 1971).

Minkowski (1927), como su maestro Bleuler, intentó comprender el conjunto de los trastornos característicos de la esquizofrenia a partir de un proceso primario. En contraposición con Bleuler, para este autor el eje de la patología era la pérdida o ruptura del contacto vital con la realidad. Sin embargo, permanecía fiel ante los conceptos bleulerianos y kraepelinianos de la división de las psicosis no orgánicas en esquizofrenia y psicosis maniaco depresiva.

Tomando los trabajos del comienzo de este siglo algunas descripciones cuyo arcaísmo no debe hacernos olvidar que han sido puntos de partida como quien hace una descripción de varias patologías como es el caso de la paranoia la cual dice ser la manifestación de conductas que sobre una base de exaltación apasionada (orgullo, celos) y de hiperactividad psicológica se desarrolla un delirio sistematizado, coherente, sin alucinaciones, que cristaliza en una unidad pseudológica de temas de grandeza, de persecución y de reivindicación, entre tantas otras.

En la actualidad, aunque se han propuesto múltiples hipótesis para definir a la esquizofrenia como una enfermedad, prevalece el concepto de síndrome; esto redundando en la posibilidad de que sea una enfermedad multicausal.

3.2. MODELOS ETIOLOGICOS

Dentro del incesante camino por encontrar la etiología de este trastorno psiquiátrico ha habido una gran variedad de modelos que apoyan hipótesis y entre ellos está : el modelo genético, ambiental, bioquímico y psicodinámico, ya que autores como Fessel (1964) postulan que en la esquizofrenia su génesis es multifactorial, poniendo énfasis en las influencias recíprocas entre diversos factores.

A continuación se revisan los modelos más usados para explicar la génesis de la esquizofrenia.

3.2.1 MODELO FAMILIAR

La etiología de la esquizofrenia procede de una dimensión multifactorial de base hereditaria, familiares y el medio sociocultural, tomando así como organizador de la enfermedad a una serie integrada por la predisposición constitucional y lo vivencial. Ya Bleuler (1911) había declarado: "...cuanto más se estudian estas cuestiones, más se ve uno forzado a admitir que el ambiente y la predisposición no tienen existencia independiente".

En cuanto a las cuestiones ambientales, cabe destacar que en el microcosmos social que es la familia, se van determinando los roles que fuera de ésta el sujeto llegará a desempeñar. Este microcosmos social, integrado por un círculo de influencias comunicativas y recíprocas entre sus miembros y la sociedad, produce ciertos patrones de conducta que luego los sujetos repetirán socialmente. Es preciso hacer notar que el grupo familiar del registro civil no es el grupo familiar real, sino que se constituye por los sujetos con los cuales se convive y que participan de la misma trama interrelacional.

Para investigadores como Lidz y cols. (1957) los rasgos de personalidad en los padres o familiares del registro civil de pacientes esquizofrénicos eran de suma importancia, ya que tendían a enfocar el problema centrándose en los rasgos y actitudes característicos del individuo, tratando de correlacionar su existencia con determinada estructura enferma. Donde pudo observar relaciones causales entre las combinaciones de por ejemplo; una madre fría y tendiente al rechazo, un padre pasivo, por una parte, y un hijo esquizofrénico por la otra; donde se han elaborado

evaluaciones estadísticas al respecto, de datos derivados de observaciones en veintenas de familias o cientos de individuos.

Desde el punto de vista del sociólogo, un rasgo o actitud es un elemento o configuración más o menos perdurable, estrechamente relacionado con un hábito, como en el papel habitual que desempeña una madre en relación con su hijo, o por el hijo en relación con su madre; de un esposo con su esposa; de un hermano; y así sucesivamente (Maisonneuve, 1985).

Las observaciones "princeps", como las llamo Kasanin, Knicht y Sage (1934) encontraron que las madres de esquizofrénicos tenían una alta angustia, inseguridad y rigidez. Eran dominantes y poseían intensos sentimientos de culpa aunados a un gran distanciamiento afectivo. Esto las incapacitaba para las relaciones interpersonales favoreciendo así relaciones inadecuadas. Estos resultados invitaron a muchos autores, como Wynne (1975), Lidz y cols. (1957) a considerar a este tipo de madres como el factor causal de la patología.

Respecto a los padres de pacientes esquizofrénicos, se encontró que se trataba de sujetos déspotas, autócratas, débiles o ausentes y que, al igual que la madre, tendían a la sobreprotección exagerada del hijo.

En las observaciones "princeps" pudo verse con claridad que estas familias no eran del todo funcionales en la interacción con sus miembros. Una característica básica de ambos progenitores es que tienen un contacto afectivo demasiado oscilante, como si se tratase de una pseudomutualidad o pseudohostilidad, es decir, la familia insiste en que todos los miembros se relacionan entre sí en el tono emocional característico de la misma, y los miembros suprimen de manera activa cualquier expresión de sentimientos alternativos de Wynne (1975). Esto produce una comunicación entre ellos de doble vínculo o doble lazo (Bateson, 1956) misma que, produce un tipo de grupo familiar altamente perturbado que da como resultado sujetos con patología psicótica. Estos sujetos parecen ser la pieza más valiosa y sensible de ese microcosmos perturbado, que se defiende con la enfermedad del nocivo ambiente familiar que le rodea.

En los estudios con familiares de pacientes esquizofrénicos se ha considerado que este es el reflejo de las interacciones alteradas entre los miembros de la familia, algunos de los cuales pueden estar también alterados en sí mismos, Lidz y cols. (1963) han identificado dos patrones en familias que eran disfuncionales y a la vez se conservaban intactas de manera superficial.

Lidz identifica algo notable entre los padres, donde uno de ellos forma una relación inapropiadamente estrecha con un niño del sexo opuesto, que más tarde se vuelve esquizofrénico. El otro patrón se caracteriza por una relación de poder soslayada en la cual un padre domina con claridad, aunque no siempre lo reconozca el resto de la familia.

Los estudios realizados por Erlemeyer-Kimling (1989) en descendientes de pacientes con esquizofrenia, depresión y normales, identifican el riesgo de contraer el trastorno, donde la proporción de sujetos de alto riesgo encontrada fue de 47%, lo que resulta sorprendentemente alto en comparación con el promedio de riesgo para desarrollar esquizofrenia de padres esquizofrénicos que es de 9-12%, para esquizofrenia declarada y de 10-15% para casos de sintomatología asociada.

La conducta de algunos de los padres de los sujetos esquizofrénicos puede diferir en intensidad, pero no en calidad, de la conducta de los padres de sujetos no esquizofrénicos. Los mecanismos a través de los cuales la experiencia vital moldea al sujeto esquizofrénico son: 1- conflictos creados en él o, 2-reacciones irracionales y formas de pensamiento aprendidas por imitación o identificación, que es dado en el vínculo familiar.

Ya, desde la década de los cincuentas se han publicado múltiples estudios sobre la familia de los pacientes esquizofrénicos, y es a partir de los trabajos Fromm - Reichmann (1950), que acuñan el término de "madre esquizofrenógena" (agresiva, dominante, pero insegura), cuando se inician diversas escuelas con un enfoque común de tipo psicodinámico. Entre ellas cabe destacar el grupo de Yale (Lidz y cols., 1957), National Institute of Mental Health (Wynne, 1975) y Palo Alto (Bateson y cols., 1956). Todos ellos, desde el inicio de sus investigaciones, aceptaron que no se trata de estudios sobre la etiopatogenia de la esquizofrenia, sino más bien de una

nueva dimensión a tener en cuenta en la multiplicidad de este cuadro. Entonces la familia de muchos esquizofrénicos se muestran como un sistema cerrado frente a la sociedad circundante, donde sus lazos son ambivalentes entre sus miembros, así como simbiótica por parte en especial de la madre y el niño que más tarde desarrolla una esquizofrenia, donde el padre queda firmemente excluido. El tránsito entre el medio intrafamiliar y la sociedad permanece oscurecido, como si la sociedad fuera objeto de una subestimación y desvalorización por parte de esta especie de "clan", por ello la dinámica social, es muy escasa. Así pues, en cuanto a los mecanismos a través de los cuales la experiencia vital moldea al niño esquizofrénico son conflictos creados en el niño o bien reacciones irracionales y formas de pensamiento aprendidas por imitación o identificación. La conducta asocial de las personas esquizofrénicas se explica por el hecho de que el aprendizaje social puede fallar también en estos niños debido a su ambiente patológico y conducir a una aversión prácticamente para toda la vida frente a las demás personas. En esto los factores genéticos predisponen a la psicopatología donde la herencia de un gen o de varios genes (genotipo) no conduce inevitablemente a la esquizofrenia pero en unión con factores ambientales (fenotipo) pueden llegar a producirla (Kaplan, 1975).

3.2.2 MODELO GENETICO

El interés por el carácter hereditario de las enfermedades mentales se remonta al siglo XIX donde se creía que la herencia era un tipo de proceso degenerativo que se transmitía de una generación a otra en ciertas familias. Para esto se desarrollaron métodos especiales para el estudio de las familias y de los hermanos gemelos, que permitieron agrupar las causas de las variaciones individuales en componentes genéticos y ambientales.

Por estas tres vías se aborda a la genética en la esquizofrenia:

1. Los estudios familiares (consanguinidad).
2. Los estudios de gemelos.
3. Los estudios sobre adopción.

En los estudios familiares se ha observado que hay un mayor riesgo de desarrollar una esquizofrenia a lo largo de la vida cuando se incrementan los lazos con

personas que padecen dicho trastorno. Tanto en estos estudios como en los de gemelos, hay que tener en cuenta que, en muchas ocasiones, no sólo hay una dotación genética común, sino que existe una educación y convivencia. Es un factor que no se puede obviar en los estudios de adopción (Parreau, 1988).

Aún así en los estudios de parientes; se ha encontrado un riesgo, de desarrollar esta enfermedad, aproximadamente un 9% en los hermanos, de 12% en los hijos de un padre esquizofrénico y de alrededor de 50% en los hijos de dos padres esquizofrénicos (Kaplan, 1975).

Así también los estudios en gemelos monocigóticos y dicigóticos indican que el índice de concordancia entre los gemelos monocigóticos que no han vivido conjuntamente durante algunos años antes de su estudio era de 77.6%, pero que el índice para los que no habían sido separados era de 91.5%. Por esto se muestran índices de expectativa próximos al 80 por ciento para los gemelos monocigóticos y del 15 por ciento para los gemelos dicigóticos (Kaplan, 1975).

De esta forma, los niños adoptados de un padre esquizofrénico tienen el doble de probabilidad de enfermar psiquiátricamente, comparados con que los niños de los demás grupos. De la misma manera los adoptados por padres esquizofrénicos desarrollan la esquizofrenia en una proporción mayor que la población general.

También en los estudios de Kety y cols.(1968) señala en sus primeras publicaciones la prevalencia de la esquizofrenia o de lo que ellos llaman "schizophrenia spectrum", es decir, estados ligados a la esquizofrenia, en niños adoptados de padres esquizofrénicos con los del grupo control. Así mismo, se observó que los padres biológicos de los esquizofrénicos muestran mayor patología que los padres adoptivos, y éstos muestran una mayor patología que los padres adoptivos de los niños normales. Posteriormente, Kety, Wender y Rosenthal (1968) observaron que los niños normales adoptados por familias en que uno de los padres inicia posteriormente una esquizofrenia, no son más significativos estadísticamente que el grupo control.

Es difícil encontrar un modelo genético que dé cumplida satisfacción a todos los hallazgos. Entre ellos se perfilan dos que son susceptibles de acoger por ahora estos

resultados: el primero propuesto por Elston y Campbell (1970) que consiste en un modelo dominante con penetrancia incompleta de tipo poligénico. En cambio, Kidd y Cavalli-Sforza (1973) propone un modelo de penetración reducida, monogénico y de variable expresión genotípica.

Así de acuerdo con los estudios que se han hecho al respecto de los factores genéticos, se ha encontrado que la esquizofrenia se presenta con mayor frecuencia en familias en las cuales ya ha figurado un caso similar de psicosis, por lo que se llega a la siguiente conclusión : " el hecho de que un individuo desarrolle una psicosis esquizofrénica depende de una compleja interacción de factores constitucionales y ambientales.

3.2.3 MODELO AMBIENTAL

Es menester el forzarse en captar el sentido que los hechos sociales tienen para el sujeto, lo cual se observa en la historia de la vida de cada uno.

Los elementos sociales contribuyen al modelado de la esquizofrenia, la acción producida por los factores socioeconómicos sobre los contenidos psicóticos, como es la mayor frecuencia que hay de los delirios religiosos y sobrenaturales, que se encuentran con mayor frecuencia en el nivel socioeconómico bajo.

Para la psiquiatría transcultural (Hall, 1972) que estudia las enfermedades mentales en la escala de las distintas culturas y civilizaciones hay sobre todo tres cuestiones en el campo de la esquizofrenia que ofrecen un particular interés :

1. La frecuencia de presentación de la esquizofrenia en pueblos ajenos a la cultura occidental, culturalmente poco evolucionados.

2. Las modificaciones de la morbilidad para la esquizofrenia producidas por las transformaciones culturales bruscas, en especial por la occidentalización de las culturas primitivas.

3. Las influencias de los factores culturales específicos sobre la sintomatología de la esquizofrenia y los contenidos psicóticos de la misma.

Mientras las dos primeras cuestiones conducen a la significación que pueden tener los factores socioculturales en la etiología psicodinámica de la esquizofrenia, la última se limita a considerar el poder ejercido por los agentes socioculturales. La

dilucidación de esta problemática pudiera aportar, por lo tanto, datos valiosos para el conocimiento de la naturaleza de la esquizofrenia, el acondicionamiento sociocultural de la misma y la configuración de la sintomatología.

La gran atención que se le ha prestado en el campo clínico al estudio de los padres y de los familiares de pacientes psiquiátricos ha generado postulaciones etiológicas, de la esquizofrenia, así como de una serie de trastornos que producen en el sujeto que las padece una gran incapacidad de sus funciones más fundamentales.

Por otro lado, Weitbrech (1978) señala que las esquizofrenias provocadas por estas situaciones ambientales son muy raras, ya que los factores vivenciales influyentes sobre la aparición de la esquizofrenia son más sutilmente personales y toman la forma de tensiones conflictivas intrapsíquicas, al estilo de las descritas por la psicología profunda. Entonces para éste autor los factores vivenciales más influyentes corresponden a la de la familia, donde al parecer, la sintomatología se presentaría como una defensa a este medio familiar que es percibido tan nocivo por el sujeto esquizofrénico.

3.2.4 MODELOS BIOQUIMICOS

Tres son las principales vías de abordaje de la esquizofrenia desde esta perspectiva: en primer lugar, la búsqueda de una sustancia anormal en el organismo de estos pacientes; la segunda, el estudio de metabolitos anómalos, y la tercera, el estudio de los mecanismos de acción bioquímica de productos que mejoren el cuadro clínico.

a. Desde esta visión de la sustancia anormal, fueron Heath y col. (1970) quienes señalaron por primera vez la presencia de una proteína anómala, la taraxeína, en el suero de los esquizofrénicos. A partir de este hallazgo, el autor proponía una teoría autoinmunitaria que múltiples estudios posteriores no confirmaron.

b. El estudio de metabolitos anormales lo inicia Friedhoff y col. (1962) en donde se observó que en los pacientes con esquizofrenia, la hipótesis de la transmetilación, la cual, puede estar defectuosa de las catecolaminas, produciendo 3-4 dimetoxifeniletanina (3-4 DMPEA), un compuesto estrechamente similar a la

mezcalina. Los investigadores han informado del hallazgo de DMPEA en la orina de esquizofrénicos y no de los sujetos de control normal, y también fueron capaces de demostrar la conversión de la dopamina, in vitro e in vivo, en los pacientes esquizofrénicos al producto de excreción urinaria de la 3-4 DMPEA.

También se ha investigado un defecto de la metilación de las indolaminas, sobre todo de la serotonina, por su posible significación en la esquizofrenia. La teoría se ha denominado modelo psicodélico de la esquizofrenia. Se basa en la observación de que dos sustancias, la bufotenina y la dimetilotriptamina (DMT) tienen propiedades alucinogénicas. Las primeras investigaciones demostraron un elevado nivel en sangre y orina de indolaminas metiladas en pacientes esquizofrénicos, y mostraron que una enzima que media en la metilación de la triptamina a MDT (la indolamina N-metiltransferasa) se encuentra en el cerebro humano. Esta hipótesis se refuerza con los estudios clínicos que demostraron que las personas normales, a las que se les da grandes dosis de los dos aminoácidos, triptófano y metionina, o una combinación de ambos, experimentan un estado de excitación. El mismo régimen en los esquizofrénicos produce una recurrencia y exacerbación de la psicosis, siendo el trastorno más grave si hay administración simultánea de un inhibidor de la monoaminoxidasa (MAO). Esta técnica experimental, denominada carga precursora, tiene especial valor para dilucidar las reacciones bioquímicas subyacentes a los cambios conductuales observados (Carpenter, 1987).

c. Dentro de este modelo encontramos a la hipótesis de la dopamina como causante de la esquizofrenia, la cual se dice que relaciona los síntomas conductuales específicos del trastorno con un aumento de la cantidad de dopamina existente en las sinapsis o con una hiperactividad de las vías dopaminérgicas. Habiendo pruebas clínicas de laboratorio que apoyan esta tesis (Kaplan, 1975).

La idea de que la esquizofrenia va asociada a una disfunción del sistema de la dopamina se basó en la observación de que todos los fármacos antipsicóticos clínicamente efectivos aumentan los niveles de metabolismo de las dopaminas, por lo que se pensó que podrían producir una elevación central de la actividad de la dopamina. Donde quizás hay un bloqueo por parte de los receptores de dopamina

inducido por el fármaco, que desencadena una mayor producción del transmisor (Kaplan, 1975). Así como también la evidencia de que los agonistas de la dopamina, suelen producir cuadros esquizofreniformes. Ejemplo de esto es el LSD, dopaminomimético, aparte de sus efectos sobre la sinapsis de serotonina. La anfetamina en dosis altas o crónicamente administradas es un fuerte agonista de la sinapsis dopaminérgica, la psicosis por anfetaminas es difícil distinguirla de la esquizofrenia, ya que produce un cuadro alucinatorio, trastornos de dopamina por vía indirecta, no es un dopaminomimético al nivel del receptor, sino que aumenta la liberación e inhibe la recaptación de dopamina o sea que aumenta la transmisión de dopamina por vía indirecta.

Se puede concluir que si los agonistas de la dopamina son psicotomiméticos y los antagonistas son antipsicóticos se puede postular que existe un aumento de transmisión de dopamina. En la esquizofrenia hay una hiperfunción de las terminales dopaminérgicas.

Si a todo lo anterior le sumamos los hallazgos de que no existe evidencia de que haya un aumento de actividad de las sinapsis dopaminérgicas (Bowers, 1974) y de que existe un incremento numérico de los receptores dopaminérgicos, Crow (1976) concluye que la anormalidad de la transmisión estaría en un incremento de la sensibilidad de los receptores postsinápticos.

Así también en pacientes con esquizofrenia se ha registrado una actividad media algo inferior a lo normal de la monoaminoxidasa (MAO) en las plaquetas arteriales de los pacientes en comparación con los sujetos control "normales". Aunque estudios para confirmar lo anterior han dado resultados conflictivos ya que la baja actividad en MAO no parece ser un rasgo específico de los trastornos esquizofrénicos o la vulnerabilidad al desarrollo de la esquizofrenia.

Otra investigación reciente sobre la MAO nos dice que ésta se ha visto implicada en la etiología de varias enfermedades psiquiátricas incluyendo a la esquizofrenia; tiene funciones importantes de degradación en las monomanías y tiene amplia distribución en los tejidos humanos.

3.2.5 MODELO PSICODINAMICO

Sigmund Freud (1923-1924), que habla de las neurosis y las psicosis describe la diferencia que hay de estas dos, donde dice: " La neurosis es el resultado de un conflicto entre el Yo (instancia psíquica regida por el principio de la realidad), y su ello (son las exigencias pulsionales), en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el Yo y el mundo exterior ".

Fenichel (1989) al hablar de la esquizofrenia hace mención, también del colapso en la aptitud para el juicio de realidad, como función fundamental del Yo, donde los síntomas de " desintegración del Yo " significan una grave solución de continuidad en la personalidad, pudiendo ser también interpretadas como un regreso a la época en que aún no se había constituido el Yo o comenzaba apenas a constituirse.

Sigmund Freud (1923-1924), en su primera concepción sobre las causas del estallido de una psicosis, la toma a la frustración como la matriz de esto, así como el no cumplimiento de deseos de la infancia. Esa frustración, según Freud, siempre es una frustración externa, aunque puede partir de la instancia interna del Superyo.

Sigmund Freud (1911-1913) en su puntualización psicoanalítica sobre un caso de paranoia, es una de las tantas aportaciones de este autor, donde describe al paranoico caracterizado por usar los mecanismos de proyección, introyección y es delirante, perseguido y perseguidor a la vez, donde sus celos son de un simbolismo muy especial, y fue Freud el primero que demostró en los celos paranoicos el conjunto de estos procesos, ya que cuando el paranoico reprocha a su pareja que lo está engañando, sistematiza en torno a esta infidelidad todo un cuerpo de interpretaciones, no hace más que reprochar al otro lo que se reprocha a sí mismo; si acusa a su amante de engañarlo con un amigo, es porque él mismo siente precisamente ese deseo; y se defiende contra ese deseo homosexual proyectándolo sobre su compañera bajo la forma de un reproche de infidelidad, pero mediante una proyección simétrica que también tiene el sentido de una justificación y de una catarsis. Acusará de deseos homosexuales al amigo a quien él mismo desea, y por una transformación en el contrario del afecto se jacta de un odio mítico, justificado a sus ojos por la asiduidades de su rival (Foucault, 1990).

Para Freud, (1923-1924) en la psicosis se dan dos pasos:

1. Se arranca el Yo de la realidad.

2. Se pagan los perjuicios y se restablece el vínculo con la realidad a expensas del ello. Como compensando la pérdida de realidad, más no a expensas de una limitación del ello, sino por la creación de una realidad nueva, donde se sirve todo esto del afán de poder del ello que no se deja de la realidad, mostrándose así su displacer y su incapacidad para adaptarse a la realidad.

Por lo anterior esta teoría considera que la génesis de las enfermedades mentales se encuentra en una ecuación etiológica compuesta por varios elementos que se van intrincando sucesiva y evolutivamente y que Freud (1923-1924) denomina series complementarias.

La primera de ellas está constituida por los factores hereditarios, constitucionales y por las vivencias infantiles traumáticas, factores que en una intrincación recíproca dan lugar a una fijación de la libido en determinado estadio evolutivo, condicionado lo que se llama disposición por fijación de la libido.

La segunda serie complementaria está constituida por la nueva intrincación de este factor disposicional con situaciones actuales, denominadas, en términos generales, "conflicto actual" que se puede reducir a situaciones de fracaso o frustraciones en lo que se refiere a la satisfacción de la pulsión.

Desde esta situación de frustración se inicia el proceso de regresión a los puntos disposicionales, previamente determinados y específicos para cada neurosis o psicosis. El conflicto actual, agente desencadenador o provocador de la neurosis o psicosis, es inespecífico y sólo actúa desencadenando el proceso de la enfermedad.

De esta manera, podemos apreciar en toda enfermedad, la combinación de ambas series determinando sus características.

"La regresión no es una caída natural en el pasado; es una huida intencional para escapar del presente. Es más bien un recurso que un retorno. Pero sólo podemos escapar al presente poniendo algo en su sitio; y el pasado que aflora en las conductas patológicas no es el suelo originario al cual se vuelve como una patria perdida; es el pasado ficticio e imaginario de las sustituciones. Estas sustituciones

de formas de comportamiento donde las conductas adultas, desarrolladas y adaptadas son suplantadas por conductas infantiles, simples e inadaptadas, así sustituye las formas vivas de la realidad por los temas imaginarios de sus primeras fantasías, donde el mundo parece abrirse a los objetos primitivos y los personajes reales se desdibujan ante los fantasmas parentales" (Foucault, 1990).

Partiendo de esta base se han creado numerosas modificaciones y, desde entonces, se han propuesto diversos cambios a lo citado, apareciendo aportaciones como las de Jacques Lacan que introduce la necesidad ineludible de la formulación simbólica del complejo de Edipo, así como la inclusión de la metáfora paterna (Lacan, 1936) y Klein (1962) el fracaso del niño en superar la posición esquizo-paranoide que de no conseguirse constituirían puntos de anclaje de la esquizofrenia .

Las teorías contemporáneas sobre la patología de la esquizofrenia se centran sobre la incapacidad del lactante para "separarse" psicológicamente de su madre durante el primero y el segundo año de la vida como lo describe Mahler (1975). El niño "normal" pasa por una etapa de individualización donde empieza a funcionar de manera independiente. Se considera que este proceso es esencial para la formación de un sentido estable del YO como entidad separada de los demás. En teoría los déficit de la identidad que se observan en caso de la esquizofrenia son resultado de la separación-individuación psicológica insuficiente de los padres.

En resumen, se podría decir que a pesar de las investigaciones y estudios que han tratado de encontrar la etiología de esta psicosis no se ha podido determinar a ciencia cierta que es la causa de que en algunos individuos aparezca la esquizofrenia, algunos modelos tienen fundamentos más sólidos, pero no se puede dejar a un lado que podría existir no una causa, sino ser un aspecto multicausal.

3.3. SIGNOS Y SINTOMAS

Quando se piensa en la esquizofrenia se piensa en un proceso destructivo y enfermizo, que a la unidad interna de la mente le produce debilitamiento de la voluntad. Habiendo una considerable variabilidad en los efectos de la enfermedad en diferentes pacientes, el proceso patológico que se suscita ocurre usualmente desde los inicios de la vida. Donde la mente pierde la íntima conexión entre pensamiento y emoción, y la vida mental esta continuamente llena de distorsiones en la percepción, ideas falsas, carencia de claridad y lógica en el pensamiento (Andreasen, 1987). También su diálogo, como forma suprema de la evolución del lenguaje, se encuentra distorsionado y se da lugar a una especie de monólogo en el cual el sujeto se relata a sí mismo lo que hace, o bien realiza un diálogo con un interlocutor imaginario, diálogo que sería incapaz de llevar a cabo con un compañero real (Foucault, 1990).

Conforme el esquizofrénico pierde su fijación de la realidad, los pacientes experimentan los siguientes sentimientos según lo cita Goldman H. (1987):

1. Perplejidad: Al principio de la enfermedad los pacientes informan un sentido de extrañeza, de confusión.

2. Aislamiento: Hay la sensación abrumadora de ser diferente y estar separada de otras personas. El trabajo de Fromm-Reichmann (1950) pone de relieve la soledad intensa que experimentan estos pacientes.

3. Ansiedad y terror: Una sensación general de malestar y ansiedad se agudiza con periodos de terror intenso, causado por un mundo dentro del cual lo que se experimenta parece peligroso e incontrolable. En la esquizofrenia se presentan alteraciones graves de varios de los siguientes aspectos: lenguaje y comunicación, contenido del pensamiento, percepción, afecto, voluntad, relaciones con el mundo externo y conducta motora.

Lo anterior también se ha podido observar en los individuos que están bien adaptados al mundo externo y que no tienen pruebas de un trastorno psicopatológico subyacente. Estos, cuando están bajo estrés pueden, manifestar síntomas semejantes al observado en los esquizofrénicos. Sin embargo, la diferencia es que a los esquizofrénicos, el número de procesos psicológicos afectados, lo mismo que el grado

de alteración, así como los síntomas incapacitantes en varias áreas de la vida del sujeto, se sostiene con el paso del tiempo.

A partir de las teorías constitucionales que observan una frecuente asociación entre tipología física y alteraciones mentales, aparecen una serie de disposiciones temperamentales que se consideran inequívocamente propias de la personalidad previa del esquizofrénico. A grandes rasgos serían individuos aislados, encerrados en sí mismos, poco emotivos, habitualmente poco sociables y entregados a un excesivo cultivo de su fantasía.

Así, ante la gran variedad de estrategias clínicas han ganado estas, una aceptación clínica generalizada, como los signos alterados de Bleuler (1911) que son usados por la psiquiatría occidental. Estos incluyen síntomas primarios y secundarios. Los primeros son; afecto neutro o inapropiado, libre asociación, ambivalencia y autismo (las llamadas cuatro aes). Los síntomas secundarios incluyen alucinaciones y delirios. Sin embargo Kurt Schneider, citado por Kaplan (1975), describió síntomas denominados de primer orden, que en modo alguno consideró específicos de la enfermedad, pero de gran valor pragmático para formular un diagnóstico. Los síntomas de primer orden de Schneider incluyen el oír los propios pensamientos en voz alta, alucinaciones auditivas que comentan la conducta del paciente, alucinaciones somáticas, la experiencia de tener controlados los propios pensamientos, la difusión de los propios pensamientos en los demás, delirios y la experiencia de que alguien controla o influye desde fuera sus acciones.

La esquizofrenia, indicó Schneider (1959), también puede diagnosticarse sobre la base de síntomas de segundo orden, unidos a un aspecto clínico por lo demás típico. Los síntomas de segundo orden incluyen otras formas de alucinación, perplejidad, trastornos depresivos y eufóricos del afecto y embotamiento emocional.

El DSM-III-R describe a la categoría de esquizofrenia como un trastorno que consiste en la presencia de síntomas psicóticos característicos durante la fase activa de la enfermedad y en un deterioro del nivel previo de actividad, como es el desarrollo social y laboral adecuado, con una duración mínima de seis meses. Con la presencia de

ideas delirantes, alucinaciones, o ciertas alteraciones características del contenido y curso del pensamiento.

En cuanto al contenido del pensamiento se presentan multiplicidad de ideas delirantes sobre todo de tipo persecutorio como creencias de espionaje, difusión de falsos rumores entre otras, como las de autorreferencia donde los objetos y personas o acontecimientos adquieren un significado particular de negativismo o peyorativo, también se presentan ideas delirantes de difusión del pensamiento, robo del mismo, o del creer controlado el pensamiento, también hay de grandeza, religiosas y nihilistas, esto es en general las ideas delirantes mas frecuentemente observadas.

El curso del pensamiento se entiende como la pérdida de la capacidad asociativa donde las ideas cambian de un tema a otro sin relación sin que el que habla parezca tener conocimiento de que los temas están desconectados. Así como el lenguaje se presenta pobre en contenido, con vaguedad, concreción, repetición o estereotipia, neologismos, perseverancia, etc.

También la percepción está alterada en esta patología presentándose en forma de alucinación donde al ser la más frecuente la auditiva le indican o dicen algo al que las escucha ya sean insultos, mandatos, o comentarios, pero también hay táctiles como hormigueos, sentir como quemado, entre otros. Y con menor frecuencia se presentan alucinaciones visuales, olfativas y gustativas.

En el esquizofrénico también el afecto esta alterado ya que se presenta un afecto inapropiado por que es discordante con el contenido del lenguaje y la ideación del sujeto, y se presenta también un aplanamiento afectivo. Así como un sentido del Yo alterado por su carencia de sentimiento de individualidad, singularidad y autodirección. También la voluntad ya que se presenta una incapacidad para seguir el curso normal de una acción hasta llegar a concluirla en forma lógica por falta de interés o de motivación adecuada (DSM-III-R), y así como lo anterior a sido alterado en los esquizofrénicos también en gran medida lo han sido sus conductas interpersonales y su relación con el mundo externo ya que hay un retraimiento social y un distanciamiento emocional.

El ICD-10 cita a la esquizofrenia como caracterizada por una distorsión en la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas al quedar embotadas o con ausencia de adecuación crean este tipo de trastorno, que aunque la claridad en la conciencia queda conservada puede con el tiempo llegar a un deterioro también en estas áreas tanto de la conciencia como del intelecto.

Así el enfermo de este trastorno cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir , de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Siendo frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, aunque en el area de la percepción los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vívidos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal. Todo esto acompañándose de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo (ICD-10).

Así también su pensamiento se torna trastornado y por ello presentan un pensamiento vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible, en cuanto a las características más importantes de la afectividad en estos pacientes es la superficialidad, su carácter caprichoso e incongruente.

Dentro de lo que es más característico es la ambivalencia y el trastorno de la voluntad que se manifiesta como inercia, negativismo o estupor, habiendo al comienzo un cuadro agudo con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña.

Aunque en su sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial por el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son de acuerdo al CIE-10:

- 1. Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.**

2. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepción delirante.

3. Alucinaciones auditivas que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de aluciones auditivas que proceden de otra parte del cuerpo.

4. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos.

5. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.

6. Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.

7. Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor.

8. Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a un retraimiento social y disminución de la competencia social), quedando claro de que estos síntomas no se deban a depresión ni a la medicación de neurolépticos.

9. Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

Pautas para el diagnóstico: (CIE-10)

El requisito habitual para el diagnóstico de esquizofrenia es la presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de por lo menos dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del

tiempo durante un período de un mes o más. Los cuadros que reúnan otras pautas pero de una duración menor a un mes deberán ser diagnosticados en primera instancia como trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (F23.2 en CIE-10) y reclasificados como esquizofrenia si el trastorno persiste por un período de tiempo más largo.

Puede aparecer en forma clara síntomas como pérdida de interés por el trabajo y la actividad social, descuido de la apariencia e higiene personal, ansiedad generalizada y grados moderados de depresión y preocupación, precede al inicio de los síntomas psicóticos en semanas o incluso meses. Dada La dificultad para delimitar en el tiempo el inicio de la enfermedad, la pauta de un mes de duración se refiere únicamente a los síntomas específicos señalados más arriba.

El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecedieran claramente al trastorno del humor (afectivos). Ni tampoco en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia a las mismas.

Una vez que en el paciente establece un cuadro clínico, en este caso el de la esquizofrenia, puede aparecer una sintomatología abigarrada que abarca cualquier área de la psicopatología general.

Otros criterios prácticos son los de Schneider (1959). Los denomina síntomas primarios porque no proceden de nada, sino que emerge como núcleo de la esquizofrenia de ese mundo nuevo en el que ahora vive el enfermo y que es completamente ajeno a su anterior vida cotidiana. Hasta tal punto considera que son constitutivos y característicos de la esquizofrenia que piensa que la presencia de uno solo de ellos es suficiente para establecer un diagnóstico. Los diez síntomas primarios son :

- Sonoridad del pensamiento.
- Voces alucinatorias que discuten entre sí, generalmente dirigiéndose al paciente en tercera persona.
- Alucinaciones auditivas que comentan la propia actividad.

- Vivencias de influencia corporal.
- Interceptación del pensamiento.
- Sensación de tener los pensamientos bajo control ajeno.
- Divulgación del pensamiento.
- Ideas delirantes.
- Sensación de que las acciones propias están bajo el control de una fuerza externa.
- Experimentar los sentimientos como impuestos desde afuera.

Así el hecho de citar criterios diagnósticos como marco de referencia no excluye el acercarnos a la clínica desde un punto de vista más sintomático. El IPSS nos proporciona los síntomas predominantes en la esquizofrenia que son:

- Pérdida del insight o introspección.
- Alucinaciones auditivas.
- Alucinaciones verbales.
- Ideas de autorreferencia.
- Delirios autorreferenciales.
- Desconfianza.
- Disminución de la afectividad.
- Voces que hablan del paciente.
- Humor delirante.
- Delirio de persecución.
- Pensamiento alienado.
- Sonoridad del pensamiento.

3.4. FORMAS CLINICAS

A través de una valoración estadística de la sintomatología se ha podido coincidir en que la clasificación ofrecida en el DSM-III-R se basa en la especial preponderancia de algún síntoma lo cual permite una mejor identificación del diagnóstico del paciente, y por ello para fines de esta investigación se utilizaran algunas de las más frecuentes formas clínicas y serán descritas por medio del DSM-III-R y CIE-10, claro haciendo mención de aportaciones de algunos autores al respecto.

La esquizofrenia es entre tantas otras patologías descrita desde hace mucho tiempo por personajes como Kraepeline (1899) el cual en este campo de la esquizofrenia aportó que:

La paranoia se manifestaba sobre una base de exaltación apasionada (orgullo, celos) y de hiperactividad psicológica desarrollándose en un delirio sistematizado, coherente, sin alucinaciones, que cristaliza en una unidad pseudológica de temas de grandeza, de persecución y de reivindicación.

La hebefrenia o psicosis de la adolescencia se define clásicamente como una excitación intelectual y motriz (parloteo, neologismo, juegos de palabras, amaneramiento e impulsos), alucinaciones y un delirio desordenado cuyo polimorfismo se empobrece poco a poco.

La catatonía se reconoce por el negativismo del sujeto mutismo, rechazo del alimento, fenómenos llamados por Kraepeline (1899) "obstáculos de la voluntad", la sugestibilidad (pasividad muscular, conservación de las actitudes impuestas, respuestas en eco) y por las reacciones estereotipadas y los paroxismos impulsivos (descargas motoras brutales, que parecen desbordar todas las defensas creadas por la enfermedad).

Kraepelin (1899) observó que estas tres últimas formas patológicas que intervienen muy tempranamente en el desarrollo, tendían a la demencia, es decir, a la total desorganización de la vida psicológica. donde el delirio se desmorona, las alucinaciones dejan su sitio en algo muy desordenado y la personalidad se hunde en la incoherencia por ello las llama demencia precoz y Bleuler (1911) las nombro

esquizofrenias, y las tomó como referencia para nombrar dos polos de la patología mental, el grupo de las esquizofrenias con la ruptura del contacto con la realidad, el grupo de las locuras maniáco-depresivas o psicosis cíclicas, con la exageración de las reacciones afectivas.

Este análisis parecía definir tanto las personalidades normales como las patológicas, dentro de este lineamiento M. Foucault (1990), el cual construyó una caracterología bipolar: la esquizotimia y la ciclotimia cuya acentuación patológica se presentaría como esquizofrenia y ciclofrenia.

Generalmente las tres clásicas de la esquizofrenia fueron descritas por Kraepelin (1899) y E. Bleuler (1911) de los cuales fueron las esquizofrenias paranoide, hebefrénica y catatónica, las cuales actualmente fueron aumentadas y definidas con mayor exactitud por el CIE-10 (F20) y por el DSM-III-R, ya que son los criterios diagnósticos que actualmente son usados en el H.P.F.B.A y que fueron usados para fines de esta investigación:

Por la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) se han distinguidos las siguientes formas clínicas:

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo, en el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

- a. Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- b. Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal como risas, silbidos, etc.

c. Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales u de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.

El trastorno del pensamiento puede ser importante en la crisis aguda, pero no tanto como para impedir que las ideas delirantes y las alucinaciones sean descritas con claridad. Lo que se ha observado es que la afectividad está menos embotada que en otras formas de esquizofrenia, pero suele ser frecuente una cierta incongruencia afectiva, al igual que una cierta irritabilidad, ira y suspicacia y un cierto temor. También pueden aparecer, pero no predominan en el cuadro clínico, síntomas negativos como embotamiento afectivo y trastornos de la voluntad.

Para diagnosticar esquizofrenia se deben satisfacer las pautas anteriores generales de esquizofrenia, y además deben predominar las alucinaciones, ya descritas anteriormente, o las ideas delirantes y ser relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad y del lenguaje, así como, los síntomas catatónicos. Las ideas delirantes pueden ser de cualquier tipo, pero las más características son las ideas delirantes de ser controlado, de influencia, de dominio y las ideas de persecución de diversos tipos.

La sintomatología esencial de este tipo consiste en una preocupación sobre una o más ideas delirantes sistematizadas o alucinaciones auditivas frecuentes, relacionadas con un tema único. Además, no hay síntomas característicos de los tipos catatónico y desorganizado, como incoherencia, afectividad embotada o claramente inapropiada, conducta catatónica, o conducta muy desorganizada. Cuando todos los episodios del trastorno cumplen los criterios para el tipo paranoide, clínicamente debe especificarse como de tipo estable.

La sintomatología asociada se acompaña de ansiedad no focalizada, ira, discusiones y violencia. Con frecuencia, se presenta una conducta interpersonal afectada, por su cualidad formal o por su extrema intensidad.

Este tipo esta caracterizada por (295.3x):

1. Preocupación sobre una o más ideas delirantes sistematizadas o frecuentes alucinaciones auditivas relacionadas con un tema único.

2. Ninguno de los síntomas siguientes : incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, afectividad aplanada o muy inapropiada, conducta catatónica y conducta muy desorganizada.

ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA

En éste tipo de esquizofrenia los trastornos afectivos que se presentan son de suma importancia, aunque las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias siendo frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible , así como los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada, acompañada de risas insulsas o absortas como de satisfacción de sí mismo, con un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondríacas y de frases repetitivas.

El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es incoherente, habiendo una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carace de propósito y de afecto.

Su forma de inicio es en general entre los 15 y los 25 años de edad.

ESQUIZOFRENIA CATATONICA

La sintomatología esencial se centra en una alteración notable de la psicomotricidad, que comprende estupor, rigidez, excitación, o actitudes características. Habiendo posible alternancia entre la excitación y el estupor. La sintomatología acompañante incluye estereotipias, manierismos, y mutismo.

Durante la excitación o el estupor catatónico, el sujeto necesita cuidados especiales para evitar que se lesione a sí mismo o a los demás. Es también necesario el cuidado médico debido a malnutrición, agotamiento, y lesiones que pueda autoinfligirse el paciente.

Dentro de los criterios de diagnóstico de la esquizofrenia tipo catatónica esta (295.2x):

1. Estupor catatónico (notable descenso de la reactividad al ambiente y/o reducción de los movimientos espontáneos y de la actividad) o mutismo;

2. Negativismo catatónico (resistencia, sin motivo aparente, a las instrucciones o intentos de ser movlizado);

3. Rigidez catatónica (mantenimiento de una postura rígida a pesar de los esfuerzos para modificarla);

4. Excitación catatónica (excitación de la actividad motora sin propósito aparente y no influida por los estímulos externos);

5. Actitud catatónica (adquisición voluntaria de posturas o actitudes inapropiadas o extrañas).

La característica predominante de este tipo de esquizofrenia es la presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o de la obediencia automática al negativismo (resistencia aparentemente sin motivación a cualquier instrucción o intento de desplazamiento o presencia de movimientos de resistencia). Durante largos períodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas, llamadas catalepsias, así como también se puede dar una excitación motora intensa la cual a simple vista parece sin sentido alguno e insensible a los estímulos externos.

Los pacientes también deben tener flexibilidad cérica que es el mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior, así como la preveración del lenguaje.

Estos síntomas catatónicos pueden también aparecer en lesiones cerebrales, trastornos metabólicos o por el alcohol u otras sustancias psicotrópicas, así como en trastornos del humor por lo que el diagnóstico debe ser realizado con mucha cautela.

ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA

Los síntomas esenciales del tipo indiferenciado son síntomas psicóticos predominantes, como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia, o conducta muy desorganizada, que no pueden ser clasificados en ninguna de las categorías señaladas previamente, o que cumplen los criterios para más de un tipo.

Los criterios para el diagnóstico de este tipo de esquizofrenia son (295.9x):

1. Ideas delirantes predominantes, alucinaciones, incoherencia, o conducta muy desorganizada.

2. No cumple los criterios para el tipo paranoide, catatónico o desorganizado.

Es un conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de la esquizofrenia, como las anteriores, pero no se ajustan a ninguno de los tipos de esquizofrenia paranoide y catatónica, o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de alguno de ellos. Por ello se realiza el diagnóstico de este tipo de esquizofrenia si se satisfacen las pautas para la esquizofrenia, que no satisfaga las de esquizofrenia catatónica, hebefrénica o paranoide, residual y depresión postesquizofrénica, las cuales veremos a continuación.

ESQUIZOFRENIA RESIDUAL

Esta categoría debe usarse cuando ha existido, como mínimo, un episodio de esquizofrenia, aunque en el momento de la evaluación o admisión clínica no haya síntomas psicóticos predominantes, si bien persisten signos de la enfermedad. Son frecuentes el embotamiento emocional, el retraimiento social, la conducta excéntrica. Si hay ideas delirantes o alucinaciones, éstas no son predominantes ni se acompañan de una afectividad intensa.

Este tipo de esquizofrenia presenta (295.6X) :

1. Ausencia de ideas delirantes predominantes, alucinaciones, incoherencia, o conducta muy desorganizada.

2. Pruebas continuas de alteración, tal como se indica por dos o más síntomas residuales, como son : el aislamiento, deterioro en las actividades, conducta llamativa, deterioro en el aseo, afectividad embotada, lenguaje disgregado, ideación extraña ó pensamiento mágico, experiencias perceptivas inhabituales, y notable falta de iniciativa, interés o energía.

Es un estado crónico del curso de la enfermedad esquizofrénica, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales (que incluyen uno o más episodios con síntomas psicóticos que han satisfecho las pautas generales de la esquizofrenia) hacia los estadios finales caracterizados por la presencia de síntomas "negativos", los cuales son más destacados : las inhibiciones psicomotrices, falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de la calidad o contenido del lenguaje, comunicación no

verbal (expresión facial, contacto visual, entonación y postura) empobrecida, deterioro del aseo personal y del comportamiento social.

También se puede observar en este trastorno la clara evidencia de que en el pasado ha habido por lo menos un episodio claro que ha reunido las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia, así como un periodo de por lo menos un año durante el cual la intensidad y la frecuencia de la sintomatología florida (ideas delirantes y alucinaciones) han sido mínimas o han estado claramente apagadas, mientras que destacaba la presencia de un síndrome esquizofrénico negativo.

Las ausencia de demencia u otra enfermedad o trastorno cerebral orgánico, de depresión crónica o de institucionalización suficiente como para explicar el deterioro el cual es persistente, aunque no necesariamente irreversibles.

ESQUIZOFRENIA SIMPLE

Se trata de un trastorno no muy frecuente en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general.

No hay evidencia de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico. Los rasgos negativos de la esquizofrenia residual, como embotamiento afectivo, abulia, aparecen sin haber sido precedido de síntomas psicóticos claramente manifiestos. El creciente empobrecimiento social puede conducir a un vagabundeo, los enfermos se encierran en sí mismos, se vuelven ociosos y pierden sus objetivos.

En general, se considera que el esquizofrénico es incapaz de establecer, por medio de defensas y adaptaciones maduras, una armonía afectiva entre sus impulsos e inhibiciones, y que no ha podido desarrollar un concepto satisfactorio de su propio cuerpo ni un concepto estable de sí mismo. A menudo el enfermo no sabe cuales son sus objetivos, o bien sus aspiraciones, son tan elevadas o inflexibles, que exceden a los talentos, la persistencia y el empuje que el esquizofrénico tiene para lograr lo que se propone.

Por lo tanto, su capacidad de evaluar con claridad la realidad del mundo es deficiente. Su interacción con otras personas se caracteriza por procesos inmaduros, de comunicación, de pensamiento y de adaptación.

Para el DSM-III-R las formas clínicas son definidas por el perfil del cuadro clínico. Donde algunas son menos estables que otros y las implicaciones son variables. El diagnóstico de cada tipo particular deberá basarse en la evaluación del cuadro clínico predominante en el momento preciso de la valoración clínica.

ESQUIZOFRENIA DESORGANIZADA

La sintomatología esencial de este tipo incluye incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, o una conducta muy desorganizada y, además, una afectividad aplanada o claramente inapropiada. No hay ideas delirantes sistematizadas (como en el tipo paranoide), aunque son frecuentes las ideas delirantes fragmentadas y las alucinaciones cuyo contenido no está organizado en un tema coherente.

Los síntomas asociados comprenden muecas, manierismos, quejas hipocondríacas, retraimiento social extremo, entre otras.

Los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia desorganizada son (295.1x):

1. Incoherencia, notable pérdida de la capacidad asociativa, o conducta muy desorganizada.
2. Afectividad aplanada o claramente inapropiada.
3. No cumplir con los criterios diagnóstico del tipo catatónico.

IV. SINDROMES ORGANICOS CEREBRALES POR INHALANTES

4.1. ANTECEDENTES HISTORICOS

Desde la antigüedad se tiene conocimiento del uso de sustancias que eran capaces de producir en el que las consumía alteraciones tanto físicas como psíquicas. Como es el caso de la civilización Greco Romana y en los pueblos orientales los cuales ya practicaban el consumo de alcohol, opio, y hachís, como estimulantes en sus ceremonias religiosas o como preparación para las luchas. Posteriormente en los mercaderes Arabes realizaron la expansión del consumo de drogas en Europa y Africa, así como el descubrimiento en América por los nativos de la cocaína y la mezcalina de la cual masticaban sus hoja para conseguir el superar la fatiga o entrar en éxtasis (Cervera, 1975).

El abuso de sustancias es uno de los problemas de salud pública principales en el mundo, ya que las muertes relacionadas con el consumo de psicotrópicos se ubican en un lugar importante ya que afectan a millares de individuos por año, habiendo por esto un gran incremento en el uso y abuso de estas sustancias las cuales causan en algunos casos el síndrome mental orgánico que está en la mayoría de nuestros pacientes de hospitales psiquiátricos.

La dependencia se establece a raíz de que el sujeto se haya administrado algunas veces una droga. El sujeto con dependencia no puede renunciar a seguir administrándose. Ello le resulta imposible, porque la dependencia consiste en una pérdida de libertad para romper con la droga.

Hay dos clases de dependencia: la dependencia biológica o del organismo y la dependencia psicológica o de la personalidad.

La dependencia biológica tienen una base metabólica, siendo esta la dependencia del organismo, donde a consecuencia de ésta protesta celular (la supresión brusca de las drogas que producen dependencia biológica), ocasiona una serie de síntomas dramáticos que integran el llamado síndrome de abstinencia. Se refleja en la vida psíquica en forma de un impulso incontrolado, más o menos idéntico a la dependencia psicológica, cuya realización lleva la marca de la autorealización.

La dependencia psicológica consiste en el impulso de administrarse la droga de forma intermitente o continua para obtener cierto placer o disipar un estado de malestar. Las drogas que producen dependencia sólo psicológica, pueden ser retiradas bruscamente sin ocasionar manifestaciones de abstinencia. De manera que resulta lógico que la dependencia biológica, que suele ser biológica y psicológica a la vez, sea mucho más esclavizante y coactiva que la dependencia puramente psicológica. Se acompaña de un fenómeno también biológico que llamamos resistencia o tolerancia.

La tolerancia o resistencia se manifiesta por un efecto cada vez menor de la misma dosis de droga para producir el mismo efecto de reacción en el organismo.

Debe considerarse que existe una dependencia psíquica cuando la droga llega a ser un factor importante en la organización de la conducta del sujeto o cuando su consumo se convierte en una reacción cuasi-automática a una cierta serie de estímulos internos y externos. Se encuentran en el primer caso los sujetos que dedican gran parte de su tiempo y energías a procurarse la droga, a pensar en usarla y a hablar de ella. En el segundo caso se hallan los que suelen reaccionar a los motivos de satisfacción, las frustraciones y/o los motivos de preocupación consumiendo la droga (Rosenthal y cols. 1990).

La dependencia física tiene una base biológica, concebida como la incapacidad del sistema nervioso para continuar con su funcionamiento normal a no ser en presencia de la droga. Las drogas que inducen dependencia física son la morfina y muchas de sus congéneres, incluyendo la heroína y la petidina, el alcohol, los barbitúricos de acción rápida o breve, y algunos de los llamados tranquilizantes, incluyendo el meprobamato, la glutetimida, el clordiazepóxido y la metilpriolona. Todas las drogas que causan dependencia física son depresores del sistema nervioso central. En todos los casos el síndrome de abstinencia es esencialmente una excitación nerviosa central.

El síndrome de abstinencia es el conjunto de manifestaciones clínicas, fisiológicas y psicológicas, como molestias que sufre el individuo que ha desarrollado dependencia física a una droga, cuando la suspende bruscamente.

Aunque prácticamente cualquier sustancia es capaz de desarrollar una dependencia en los individuos, el fármaco debe tener una serie de efectos sobre el Sistema Nervioso Central, de tal manera que produzca cambios fisiológicos que actúen sobre las emociones y se manifiesten en su comportamiento, provocando el fenómeno de "tolerancia" que consiste en la capacidad que tiene el organismo de adaptarse a los efectos de las drogas, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para obtener resultados de igual magnitud. Esto es lo que hace que el adicto utilice "sobredosis", no tanto por error o intención sino por necesidad, lo cual puede llevarlo a la intoxicación y frecuentemente a la muerte.

En el caso de los trastornos provocados por la inhalación por la nariz o la boca de hidrocarburos alifáticos y aromáticos que se encuentran en sustancias como gasolina, resistolos, pinturas, disolventes de pintura y pinturas de atomizador. Es menos común el consumo de hidrocarburos halogenados que se encuentran en los productos de limpieza, líquido corrector para máquinas de escribir y en propulsores de atomizador, y de otros componentes volátiles que contienen éteres, acetonas y glicoles, que están en productos comerciales disponibles al consumo de ellos. Por esto la mayoría de los compuestos que se inhalan son una mezcla de varias sustancias que pueden producir efectos psicoactivos, difícil acertar cuál fue la sustancia específica causante del trastorno.

El uso de fármacos en México tampoco es reciente ya que durante la conquista el uso de plantas y sustancias psicotrópicas con fines terapéuticos, adivinatorias y rituales eran comunes entre los grupos privilegiados y en actos de comunicación colectiva. También en el México precortesiano había crónicas de frailes como: Fray Bernardino de Sahagún, Fray Toribio de Benavente, Fray Diego de Landa, Hernando Ruiz de Alarcón, los cuales hablaban de la gran variedad de plantas socioactivas reveladas en los códices indígenas (Cervera, 1975).

En 1969, el Comité de expertos en farmacodependencia de la O.M.S define la droga como "cualquier sustancia que una vez introducida en un organismo viviente, pueden modificar una o varias de sus funciones".

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS); farmacodependencia es: "el estado psicofísico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificación del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación".

En el mundo anglosajón se viene utilizando mucho el término "addiction", que resulta etimológicamente adecuado, ya que significa sumisión a un dueño o amo. En este caso el dueño o amo sería la droga, la sustancia que determina la esclavitud o dependencia. En nuestro idioma suena particularmente con mucha fuerza el término "drogadicto" (Alonso, 1978).

Este problema en México se ha incrementado en forma alarmante, principalmente entre nuestros adolescentes y adultos jóvenes (Martini, 1989), los cuales se ven afectados tanto a su nivel social, familiar, como en diversas partes del organismo, entre las que se encuentra el sistema nervioso en su conjunto, provocando una amplia gama de trastornos mentales que van desde cuadros clínicos transitorios como intoxicaciones, síndromes de abstinencia, psicosis secundarias al uso de sustancias tóxicas hasta un daño orgánico cerebral causado por el consumo de estas sustancias.

Ya sabiendo lo anterior se puede introducir aspectos relacionados con el trastorno orgánico causado por algún psicotóxico, como lo son los inhalantes. Se entiende por orgánico aquellos trastornos en los que las anomalías psicológicas y conductuales están asociadas a una disfunción transitoria o permanente del cerebro, donde para su diagnóstico se debe de realizar dos etapas, primero se debe identificar el síndrome cerebral orgánico que afecta al paciente y luego debe identificarse si es posible el trastorno médico exacto que produce el síndrome como es el caso del consumo de tóxicos, siendo este el factor etiológico del síndrome orgánico (Wells y cols. 1980) inducido por este tipo de sustancias.

En los trastornos orgánicos no hay nada sobre cuya base el médico pueda formular un diagnóstico inequívoco de organicidad ipso facto. Sin embargo la pérdida

cognitiva suele considerarse el primer signo de una enfermedad orgánica, y esta suele revelarse de forma explícita por el examen del estado mental (EEM). Los cambios cognitivos han constituido siempre el foco de la disfunción orgánica, no es fácil definir claramente la cognición. Se ha definido como los procesos que suponen operaciones simbólicas: percepción, memoria, creación de imágenes y razonamiento, donde en pacientes con trastornos orgánicos ante la entrevista clínica muestran a menudo una falta de exactitud y claridad en sus descripciones, cierto grado de circunstancialidad, tendencia a perseverar, problemas para hallar palabras o parafasias ocasionales, escasez de detalles exactos sobre las circunstancias o sucesos recientes (a menudo falta de preocupación por estas limitaciones) o en ocasiones una preocupación excesiva por detalles mínimos, manifestada por la elaboración de listas o transcripción escrita de todo (Kaplan, 1975).

El fenómeno nuclear común en la farmacodependencia consiste en la incapacidad de suspender la administración de alguna sustancia y está muy bien nombrado como dependencia. El sujeto depende de la sustancia, es un esclavo de ella, un alienado de su libertad.

Los productos determinantes de dependencia son denominados popularmente "drogas". La acepción científica de la voz "droga" se refiere al estado natural de los medicamentos. También se ha llamado droga a las sustancias comestibles venidas de muy lejos, así como a las sustancias fuertemente aromáticas y a ciertos productos vendidos en el comercio.

En un sentido estricto las sustancias inhalantes con efectos psicotrópicos afectan principalmente a la población de niños y jóvenes en la etapa de desarrollo, tanto física como emocionalmente, observándose deficiencias en el rendimiento escolar y conductas de tipo delictivo en algunas ocasiones. Donde las formas para inhalar vapores tóxicos más comunes en esta población es la de acercar a la nariz y a la boca un trapo empapado con la sustancia para aspirar los vapores, o colocándose la sustancia en una bolsa de papel o de plástico e inhalar los gases de la bolsa. Las sustancias pueden inhalarse asimismo directamente de los contenedores o de los

aerosoles aplicados a la boca o a la nariz. Los inhalantes llegan a los pulmones y a la sangre en forma muy rápida.

Se han realizado estudios de campo para acercarse a poblaciones sin contactos formales que han permitido caracterizar más cercanamente a los grupos de adictos. Estos han sido desde las observaciones de los participantes (Real L.H y cols., 1977 y Chavez M. y cols., 1983) hasta estudios más sistemáticos en población flotante subempleada y desempleada en la Ciudad de México (Medina Mora E. y cols.1984).

El método más común que se utiliza consiste en inhalar los vapores de un papel empapado solo o en una bolsa de plástico. Esta técnica produce hipoxia, que viene a añadir sus efectos a los trastornos de la conciencia y a los peligros en sí misma cuando se aplica a la piel de la cara porque las fuerzas electrostáticas pueden hacer que se adhiera herméticamente a la piel. Como resultado puede ocurrirle muerte por asfixia. La inhalación de hidrocarburos desde una bolsa de plástico o de papel constituye un refinamiento de la práctica relativamente inofensiva entre los adolescentes de producir hipoxia, hipotensión y obnubilación de la conciencia por la maniobra de Valsalva de intentar exhalar cuando la boca y la nariz se cierran herméticamente.

Es común que haya lesiones hepáticas como resultado de la inhalación de hidrocarburos, sobre todo cuando éstos contienen átomos de cloro en su estructura molecular. Temblor, depresión anímica, falla respiratoria y fibrilación ventricular son otras de las secuelas. Varias complicaciones neurológicas se han observado, el tolueno ha sido el principal agente químico implicado en su etiología. Los trastornos del sistema nervioso incluyen encefalopatía aguda (King y cols., 1981), disfunción cerebelosa prolongada (Boor, y Hurting, 1979), neuropatía periférica (Korobkin y cols., 1975) y estados epilépticos (Allister y cols., 1981).

La inhalación de ciertos gases o de los vapores de algunos líquidos volátiles produce depresión del sistema nervioso central. Ocurren entonces estados transitorios de intoxicación; los cuales pueden ser deliberadamente inducidos porque el usuario disfruta o porque le intrigan los efectos psíquicos que le produce, como euforia o alucinaciones.

El gas anestésico óxido nitroso (" gas de la risa ") ha sido mal usado por personas que desean sentir su efecto desinhibidor en el cerebro, pero la mayor parte de las sustancias que se inhalan existen a las temperaturas normales como líquidos que se evaporan con facilidad (Kaplan, 1975).

Antes de que el éter se empezara a usar en medicina como anestésico general (dietil éter), en Estados Unidos , los estudiantes de medicina ya solían inhalarlo debido a la euforia que produce. Hacia finales del siglo XIX en la provincia irlandesa de Ulster se acostumbraba beber éter. La sustancia se podía comprar libremente en cualquier farmacia (Connell, 1965). Fue por la influencia del clero religioso que se puso corte final a esta epidemia de abuso del éter. Hacia comienzos del presente siglo las bebidas alcohólicas de alta graduación de alcohol quedaron sujetas a unos impuestos sumamente elevados en Austria, Hungría y en el este de Prusia; surgió entonces la costumbre de inhalar éter o mezclarlo con bebidas alcohólicas. Después de la primera guerra mundial se puso de moda en Europa asistir a las "fiestas de éter".

El cloroformo y el tricloroetileno (trileno) son otros anestésicos volátiles de los cuales también se abusa por sus efectos. Los anestesiólogos han estado siempre expuestos al mal uso de los anestésicos debido al riesgo ocupacional de trabajar con estas sustancias. El tricloroetileno es también un solvente industrial que se utiliza en las fábricas y en las tintorerías para la limpieza de ciertas telas y materiales. Los trabajadores, incluyendo los empleados de las tintorerías, que por razones de su trabajo pasaban tiempo del día expuestos a los humos de esta sustancia, desarrollaron dependencia psicológica del tricloroetileno (Alapin, 1973). Algunos otros solventes que también se inhalan han sido incorporados a diversos artículos de manufactura, por ejemplo para lograr que una resina o cera permanezca en estado líquido hasta que se usen los artículos o se formen los expulsores en las preparaciones de aerosoles.

Existe toda una extensa gama de preparaciones con constituyentes químicos de hidrocarburos que se han venido inhalando por sus efectos psicotrópicos; algunas de las que con mayor frecuencia se hace mal uso son:

PREPARACIONES

Anestésicos generales
Solventes industriales
Gomas
Adelgazadores de pinturas
Removedores de pinturas
Removedores de lacas
Esmaltes para las uñas
Removedores de esmalte para las uñas
Lustrador de calzado
Expulsores para aerosoles
Anticongelantes
Petróleo (gasolina)

CONSTITUYENTES

Cloroformo
Tricloroetileno (trileno)
Percloroetileno
Tetracloruro de carbono
Triclorofano
Triclorofluorometano
Diclorodifluorometano
Crio fluorano
Alcohol metílico
Benceno
Tolueno
Nafta
Acetato de etilo

Dentro de lo efectos causados por el consumo de sustancias está el desarrollar un síndrome orgánico cerebral producido por los efectos directos sobre el sistema nervioso de diversas sustancias específicas que afectan a la función cerebral. Esta sustancias incluyen el alcohol, los barbitúricos y los medicamentos de acción similar,

los opiáceos, la cocaína, las anfetaminas, los alucinógenos, el cannabis, el tabaco, la cafeína, e inhalantes entre otros.

El abuso de una sustancia, en este caso los inhalantes, se define como el consumo de una sustancia psicoactiva que interfiere de manera grave en la salud o en el funcionamiento ocupacional y social del que la consume. Así la OMS (Organización Mundial de la Salud) define a la adicción de una sustancia psicoactiva como el patrón de conducta caracterizada por el aferramiento insuperable al consumo de una sustancia, produciéndose conductas de búsqueda insuperables para consumir la sustancia y una gran tendencia a las recaídas después de la supresión. Esta organización hace énfasis en que el consumo de la sustancia afecta a la calidad total de vida del consumidor y a los límites de las circunstancias bajo las cuales controla su conducta.

Pero en un sentido estricto las sustancias inhalantes con efectos psicotrópicos afectan principalmente a la población de niños y jóvenes en la etapa de desarrollo, tanto física como emocionalmente, observándose déficits en su rendimiento escolar, así como en ocasiones conductas delictivas, según lo afirma Coleman (1980).

Estas sustancias se absorben por los pulmones rápidamente llegando al cerebro sin pasar por el hígado y por tanto, sin exponerse a la acción de enzimas detoxificantes. Por esto sus efectos son más rápidos e intensos que cuando se consumen por vía oral produciendo efectos en el sistema nervioso central similares a los de otras sustancias sedantes e hipnóticas.

En dosis bajas producen estados de intoxicación similares al que se experimenta con el alcohol, a menudo acompañado por distorsiones sensoriales temporales, en algunos casos ideación delirante causada por el deterioro cognoscitivo, además pueden generar conductas extrañas, anomalías emocionales y falta de motivación; esta última asociada, en ocasiones, a disfunción cerebral transitoria o permanente.

Fisburn y cols. (1972) realizaron en una población urbana y otra rural un estudio en el cual encontraron una prevalencia de abuso de inhalantes del 16.5% de

sujetos con una edad entre los 12 y 17 años, del 9.8% en sujetos de 18 a 25 años y de 3.9% los mayores de 25 años.

Medina Mora, (1985) reportaron para México, una prevalencia de uso de drogas no médicas del 7.9% ocupando los inhalantes el tercer lugar en consumo con 0.7%

Ramsey y cols. (1980) reportaron en el Reino Unido, que el 9.8% de los niños entre 13 y 15 años de edad atendidos en una escuela secundaria en Glasgow, habían consumido volátiles la cuarta parte de ellos eran consumidores habituales de solventes otra cuarta parte los usaba esporádicamente y el resto reportó haberlos consumido en una sola ocasión.

Por otra parte Gay y cols. (1988) identificaron también en el Reino Unido 304 adictos a volátiles en una población de 250,000 individuos en riesgo durante un periodo de seis meses; el 77% tenía una edad entre los 14 y los 17 años.

De ésta población sólo el 24% había abusado de solventes durante más de seis meses y el 4% era adicto además al alcohol y otras drogas. Tanto en el Reino Unido como en Estados Unidos el abuso de éstas sustancias parece tener mayor prevalencia en hombres que en mujeres.

Pero también ha habido una serie de datos en nuestro país relacionado con el abuso de los inhalantes, como es el caso del estudio realizado en Monterrey, N.L. por el Dr. de la Garza y cols. (1977) el cual comparó en 525 hogares de una comunidad marginada, donde encontró 36 familias con hijos inhaladores con los siguientes resultados: La incidencia de inhaladores fue del 10.1% con un rango de edad entre 8 y 15 años. De cada 10 hogares uno presentó ésta problemática. En las familias de inhaladores el 38.8% tuvieron alcoholismo y el 48.1% de los casos índice utilizaban, además de los inhalantes otras drogas.

La experiencia en México, como en otros países, muestra que el consumo de una droga puede generalizarse hasta adquirir proporciones "epidémicas", como se observa en el aumento en el consumo de sustancias inhalables, tanto por jóvenes como por niños, a los cuales desarrollan dependencia y por ello crean la necesidad

imperiosa de consumir la droga, dándose la asociación entre la adicción, el tráfico y otros actos delictivos.

El consejo nacional contra las adicciones (CONADIC, 1994) ha realizado diferentes encuestas realizadas en población general en la República Mexicana en los años de 1974-78 revelaron preocupantes tendencias en el uso de drogas : el uso de inhalables se cuadruplicó en ese periodo; en el caso del opio y sus derivados, su consumo se ha incrementado en la zona fronteriza norte y lo que resulta más preocupante, es que los usuarios activos se ubican en los grupos de menor edad: de los 12 a los 17 años.

El consumo de drogas se relaciona con una serie de problemas sociales tales como: desintegración familiar, migración, oferta de drogas, carencia de servicios, marginación, influencia cultural, influencia del grupo de iguales, problemas económicos y sociales.

En el terreno individual, parece existir una relación causal entre los problemas de aprendizaje (neurológicos o psicológicos) y la presencia de conductas asociales que convierte a ciertos niños en una población de riesgo. En investigaciones realizadas por la UNAM en el Distrito Federal, y en Toluca por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), en una muestra de 286937 escolares menores de edad, se encontró que aquellos con problemas de aprendizaje y conducta hiperquinética, presentaban problemas de conducta asocial, en forma significativamente mayor que en los menores de buen rendimiento escolar del mismo nivel socioeconómico. Estos casos comprenden al 6.85 por ciento de los menores estudiados, en una proporción similar en ambas ciudades. Estos niños son frecuentemente expulsados de las escuelas por su " mal comportamiento" y su conducta agresiva, que tienden al pandillerismo y la vagancia, siendo al mismo tiempo proclives a la farmacodependencia (CONADIC, 1994).

Un seguimiento de estos casos en el Consejo Tutelar para menores en cada una de estas ciudades, mostró que el 12.5 por ciento era farmacodependiente, siendo esto el motivo de reclusión; no obstante, las madres refirieron que sus hijos

inhalaban sustancias tóxicas en el 30% de los casos y el 10% era adicto a la marihuana. Este estudio comprendió una población de 3865 menores en 14 años.

4.2. MODELOS ETIOLOGICOS

4.2.1 MODELO FAMILIAR

El papel de la familia es esencial en la etiología de la farmacodependencia, pues la psicodinamia de ésta determina desde la primera infancia el tipo de vida del individuo, y es el primer sistema de educación y fuente de valores para la persona, de modo que en ella recae la responsabilidad de mantener una cohesión para favorecer el desarrollo humano.

Cuando la estructura familiar es disfuncional, favorece la personalidad adictiva y ocasiona en los hijos características psicológicas de baja autoestima, inseguridad y falta de aceptación a su medio ambiente.

Algunas familias en las que se detectó una prevalencia de inhaladores provenían de zonas rurales. Donde el autor supone que al llegar a la ciudad aumentaron sus niveles de ansiedad, de depresión dificultando su adaptación a una nueva vida.

Los padres de los inhaladores en este estudio realizado por el De la Garza y cols (1977) en Monterrey tenían una edad de más de 40 años de edad; época frecuente de crisis tanto social como económica. Donde a todo esto se le suman los conflictos de la adolescencia en los inhaladores. En estas familias los padres que estaban ausentes ya sea por muerte o abandono se encontró una prevalencia del 27.7% de inhaladores como consecuencia de la privación afectiva, social, cultural y económica. Donde el analfabetismo lo acentúan como una situación que implica la falta de información de los daños producidos por los solventes industrial y el alcoholismo en todos los niveles. Dentro de los perfiles psicopatológicos encontrados en los inhaladores se mencionan los siguientes: depresión en un alto porcentaje, crisis de la adolescencia y psicopatía, esquizofrenia, personalidad esquizoide y el daño orgánico presentándose en igual frecuencia.

En los factores de riesgo para desarrollar un trastorno por abuso de sustancias se encuentran : el divorcio o separación, muerte de alguno de los padres antes de que el hijo cumpliera 19 años de edad, la falta de recursos materiales y los aspectos culturales.

En cuanto al aspecto familiar se ha observado en diversas investigaciones (CONADIC,1994) que con frecuencia los padres de pacientes inhaladores fueron alcohólicos e incapaces de formar vínculos estables con la familia de procreación debido a una falta de diferenciación e individuación de la familia de origen. De tal forma que cuando estos padres de alcohólicos tenían que realizar relaciones interpersonales éstas tendían a ser de tipo compensatorio para así elevar la baja autoestima; estableciéndose una disfunción en la dinámica familiar porque los hijos se perciben como una forma de autocompensarse perpetuándose la simbiosis como alguna forma de dependencia.

Hay más alto riesgo entre las familias donde prevalece la libertad y la autoexpresión sobre la disciplina, y donde imperan las posturas permisivas. En E.U.A se comprobó una tasa de drogadictos más alta entre las familias de padres indiferentes y conflictivos, que ofrecían el patrimonio común de orientar la educación de sus hijos hacia la libertad, la espontaneidad y la crítica. Estos niños sienten más libertad individual que la responsabilidad comunitaria y las obligaciones con otras personas. Se maximiza la libertad. (Alonso, 1978).

En los antecedentes de los consumidores de inhalantes se caracterizan por una disfunción familiar considerable como en una separación, vigilancia escasa, dependencia de alcohol u otra sustancia psicoactiva, por problemas de adaptación escolar o laboral generando la delincuencia, ausentismo escolar, calificaciones bajas, expulsión de la escuela, y desempleo.

4.2.2 MODELO AMBIENTAL

Existe una multicausalidad en el fenómeno de la farmacodependencia, que determina tanto su inicio como su mantenimiento e incremento. Lo anterior hace que sea un problema dinámico y en constante cambio, de acuerdo al país, ciudad, grupo de riesgo, grupos de edad, años en que se manifiesta, disponibilidad de sustancias, actitudes sociales, etc.

Dentro de las causas más comunes de los consumidores de sustancias tóxicas son:

a) La personalidad del individuo, en donde se ha considerado que tienen una condición de inmadurez afectiva.

-con baja tolerancia a la frustración,

-con dificultad de instaurar relaciones interpersonales estables,

-con tendencia a la dependencia emocional y

-con difícil control de la agresividad, puede constituir un terreno sobre el cual, en determinadas situaciones, puede implantarse una condición de uso y abuso de drogas.

b) Factores socio-ambientales, en donde una situación de carencias afectivas, relaciones intrafamiliares pobres y perturbadoras, puede ser la precipitante para que un sujeto desarrolle farmacodependencia (Campora, 1983.) Donde gran parte de las familias de los enfermos, presentan graves carencias a nivel de una figura clave familiar o una red de relaciones internas perturbadas. No sólo esto, sino que la situación social en la que se encuentre el individuo, puede favorecer la ingesta de drogas, en sujetos predispuestos. La emulación frente a un grupo en el que ya existen farmacodependientes es otro de los factores importantes.

Hoy se piensa que en el fenómeno de la farmacodependencia, el aprendizaje y por lo tanto el ambiente, juegan un papel muy importante en la autoadministración de las sustancias; sin embargo, es mejor comprendido si se toma en cuenta que las causas que determinan en las personas el fenómeno de la drogadicción son multifactoriales. La tendencia a polarizar en algunos de los motivos todo el peso de la responsabilidad de este problema, ha oscurecido la posible estrategia para combatirla; con frecuencia se enfatiza más en los síntomas, que en las causas. Existe la aceptación general de que son diversos los factores que influyen en el uso y abuso de las drogas y que su interacción determina la complejidad de este problema multiaxial.

El ambiente, simboliza las influencias culturales que rodean al individuo, incluyendo las que se refieren a los patrones de consumo de drogas, como son la situación económica, el grupo social en el que se busca satisfacer la necesidad de pertenencia, la aceptabilidad y la disponibilidad de la droga, así como los valores que

prevalecen en el medio en que se desenvuelve, por lo que la farmacodependencia es un fenómeno cambiante con el tiempo.

Donde un factor estrechamente relacionado con esta población específica, es la disfuncionabilidad familiar, con padres ausentes o malos proveedores, con salida de la madre del hogar y trabajar debido a circunstancias económicas, con pérdida de control del menor, que facilita su vagancia, aunado a la deserción escolar.

Los inhaladores son generalmente adolescentes o adultos jóvenes predominantemente del sexo masculino aunque hay también una pequeña proporción de usuarios femeninos. De tiempo en tiempo se pone de moda inhalar cemento goma entre la población adolescente de un barrio, vecindario o escuela. La inhalación de hidrocarburos es casi siempre una actividad que se realiza en grupo (Stybel y cols., 1976) aunque muchos clínicos y trabajadores sociales sin duda confirmarían informes que nos llegan del Japón (Higuchi, 1973) respecto de que los sujetos más anormales pasan de inhalar en grupo a hacerlo solitariamente.

Aunque la mayoría de jóvenes que inhalan adhesivos u otras preparaciones de solventes lo hacen durante una fase temporal de la que pronto se reponen sin que les queden secuelas, la juventud de las víctimas hace que su muerte y las complicaciones que padecen por causa de su hábito de inhalar solventes parezca especialmente trágica. Los jóvenes que tienen hábitos crónicos de inhalar solventes requieren orientación especial. El proceso de orientación se dirige a hacer que estos muchachos desarrollen nuevas actividades y amistades y aliviar los trastornos de sus relaciones familiares que contribuyen a sus prácticas de inhalar solventes a la vez que son agravadas por éstas. (Madden, 1986).

Dos de los problemas asociados de manera importante a la crisis económica por la que atraviesa el país son "los niños de la calle" y las "bandas juveniles". Respecto a los "niños de la calle", en la última década se ha incrementado el número de niños y adolescentes que contribuyen a los ingresos familiares "trabajando" en la calle en diferentes actividades. Esta clase de vida favorece la iniciación de los niños en la subcultura de las drogas, algunos abandonan la escuela y dejan la casa familiar, muchos se enferman y mueren.

Los "niños de la calle" normalmente conviven en grupos. En este contexto, una de las conductas diarias es la inhalación. De esta manera, los niños de edades tempranas, en algunos casos desde los cinco años, suelen imitar a los mayores iniciándose así en el uso de las drogas.

Como se ha podido observar hay una mayor incidencia de consumidores de inhalantes en áreas económicamente deprimidas, aunque se han encontrado personas dependientes de estas sustancias en ambos sexos y en diversos grupos raciales y socioeconómicos.

4.2.3 MODELO PSICODINAMICO

En la investigación psicoanalítica de adictos a las drogas, Rosenfeld (1983) halló que esta conducta se vincula estrechamente con la enfermedad maniaco-depresiva, sin ser idéntica a ella. El adicto a las drogas utiliza mecanismos maniaco-depresivos, los que se ven reforzados por la droga y en consecuencia son alterados por ella. El Yo del adicto a las drogas es débil y no posee la fortaleza para tolerar el dolor de la depresión, recurriendo a los mecanismos maníacos. Pero la reacción maníaca sólo puede lograrse con la ayuda de las drogas, porque para la producción de la manía se requiere de cierta fortaleza yoica.

Las defensas maníacas que se originan en la más temprana infancia, en la fase que Melanie Klein (1940) denominó posición esquizoparanoide. Por esta razón, las defensas maníacas se relacionan con las ansiedades y mecanismos tanto paranoides como depresivos.

Los mecanismos maníacos utilizados por el adicto a las drogas, fundamentalmente para controlar las ansiedades paranoides, tales como la idealización, la identificación con un objeto ideal, y el control omnipotente de los objetos, los que pueden ser parciales o totales. Bajo el dominio de estos mecanismos, se niega toda frustración y ansiedad, en particular la ansiedad persecutoria, y se disocia la parte mala y agresiva del YO. La droga simboliza un objeto ideal que puede ser incorporado concretamente y su efecto farmacotóxico es utilizado para reforzar la omnipotencia de los mecanismos de negación y disociación.

La droga es sentida como una sustancia mala y destructiva, y su incorporación simboliza una identificación con los objetos malos destructivos sentidos como persecutorios tanto para los objetos buenos como para el self bueno.

El efecto farmacotóxico es empleado para incrementar el poder omnipotente de la pulsión destructiva. Cuando la ingestión de droga ocurre bajo el dominio de impulsos sádicos, el paciente escinde y niega la parte buena de sus self, sus objetos internos buenos y su amor para con ellos. De este modo es capaz de actuar sus impulsos destructivos sin ninguna ansiedad o afecto pero también sin ningún control, perdiendo el control de los objetos internos.

Federn (1953) señaló que el adicto a las drogas es incapaz de enfrentar el dolor y la frustración, debido a no sólo a una regresión oral sino a la excesiva disociación o división de su Yo y de sus objetos en el marco de su debilidad yoica. La disociación de objetos en idealizados y denigrados juega un papel importante, donde los objetos externos son extensamente utilizados con el propósito de proyectarles partes buenas y malas escindidas del self.

La disociación yoica puede conducir, por un lado, a intentos de controlar de una manera elaborada a las personas sobre quienes el paciente proyecta su self, pero por otro lado el proceso proyectivo tiene el efecto de producir en el paciente sobredependencia e hipersensibilidad respecto de esas mismas personas.

La droga aparece como el símbolo de la parte mala escindida o dividida en dos, del self, y la ingestión de droga ocurre cuando este self malo es proyectado sobre objetos externos o cuando se reintroyecta la parte proyectada del self malo.

Para Melanie Klein (1940), el adicto a las drogas está fijado a la fase infantil temprana denominada posición esquizoparanoide, a pesar de haber accedido parcialmente a la posición depresiva. El Yo del adicto a las drogas y los mecanismos de defensa del Yo son los que regresaron a esta temprana posición. En cuanto a las relaciones objétales del drogadicto y las etapas del desarrollo libidinal, la regresión no es siempre tan acentuada, excepto cuando hay una total retracción de los objetos externos en el estado de intoxicación.

4.3.SIGNOS Y SINTOMAS

Los signos y síntomas del trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de disolventes volátiles, en la mayoría de los casos el identificar la sustancia psicotrópica involucrada en el desarrollo del trastorno puede hacerse a partir de los datos proporcionados por el propio paciente, así como de los análisis objetivos de muestras de orina y sangre, etc (CIE-10). Y donde se ha observado que en la mayoría de los casos muchos de los que consumen sustancias psicótropas, como lo son los inhalantes, no se limitan a una sola sino que se crea una farmacodependencia múltiple y por ello la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse de acuerdo con las sustancias consumidas más importantes, como en el caso de esta investigación será de padres de pacientes que la sustancia de mayor consumo sean los inhalantes, o que fue la consumió al darse el trastorno. Por esto a menos que hayan pruebas evidentes de que se ha consumido tan sólo una sustancia y no una mezcla, el diagnóstico debe registrarse bajo el término general de " inhalantes ", y queda excluido del diagnóstico los patrones de dependencia por el uso de gases anestésicos como óxido, nitroso, y éter, así como de vaso dilatadores de corta acción como el nitrito de amilo o butilo ya que su clasificación es la de dependencia de sustancias psicoactivas no especificadas descritas en el DSM-III-R.

En cuanto a la sintomatología esencial de este trastorno se presentan cambios conductuales desadaptativos y síntomas físicos que son una consecuencia del uso reciente de un inhalante, estos cambios conductuales desadaptativos pueden incluir peleas, agresividad, apatía, deterioro de la actividad laboral y social. En los síntomas físicos observables están los mareos, lengua farfullante, marcha inestable, letárgica, reflejos deprimidos, temblor, visión borrosa, estupor o coma, y euforia. El uso abundante y crónico a dosis altas puede provocar síntomas neurológicos característicos, como incoordinación, debilidad muscular generalizada, y enteltecimiento psicomotor.

En los casos en que el consumo de la sustancia inhalada haya sido moderada se presentan síntomas que se asocia con mayor frecuencia a síntomas conductuales y psicológicas como agresividad, deterioro de la habilidad motora, impulsividad o

deterioro de la capacidad de juicio. Aunque tanto por intoxicación por alcohol, por sedantes y por ansiolíticos son similares su sintomatología a la de los inhaladores se debe tomar en cuenta la presencia de mal aliento, restos de sustancia sobre la ropa o el cuerpo, así como también hay la presencia de temblor y de debilidad muscular que pueden indicar una intoxicación por inhalantes más grave, particularmente en el caso del consumidor crónico (DSM-III-R).

Para la identificación de la sustancia psicótropa involucrada en estos trastornos puede hacerse a partir de los datos proporcionados por el propio individuo, de los análisis objetivos de muestras de orina, sangre, etc. o de cualquier otra fuente como lo proporcionado por terceros. Donde muchos de los que consumen sustancias psicótropas no se limitan a una sola, no obstante la clasificación diagnóstica del trastorno debe hacerse, con las sustancias consumidas de acuerdo a las más importantes. (CIE-10)

Por otro lado en el DSM-III-R describen los cambios de las funciones cognitivas esperables en los síndromes orgánicos son:

1. alteración de la orientación.
2. alteración de la memoria.
3. alteración de las funciones intelectuales, como la comprensión, cálculo, conocimiento y aprendizaje.
4. alteración del juicio.

4.4. FORMAS CLINICAS

El término "trastorno mental orgánico" indica anomalías psicológicas y de la conducta que son resultado de disfunción cerebral transitoria permanente. Los trastornos mentales orgánicos se distinguen de los trastornos funcionales como la esquizofrenia y enfermedades afectivas en que tienen causas biológicas y mecanismos fisiopatológicos conocidos, en tanto que no sucede así con estos últimos (Griensinger, 1974). Los síndromes mentales orgánicos provocados por el efecto de diversas sustancias psicoactivas sobre el sistema nervioso, estos síndromes difieren de los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, en los que se observan trastornos de la conducta asociados a al ingesta de sustancias psicoactivas que afectan al sistema nervioso central (DSM-III-R).

En cuanto a su terminología en las clasificaciones previas (DSM-I y DSM-II) se usaron términos como psicótico y no psicótico los cuales se usaban para describir los síndromes cerebrales orgánicos graves y no graves, respectivamente. Actualmente el DSM-III-R agrupa a los trastornos mentales orgánicos en tres categorías; donde las demencias de inicio senil y presenil (demencia degenerativa primaria tipo Alzheimer y demencia por infarto múltiple) y los diversos trastornos mentales orgánicos provocados por sustancias psicoactivas son dos de las categorías y la categoría final son los trastornos mentales orgánicos de causa desconocida.

Encuanto a las formas clinicas descritas en el DSM-III-R el síndrome mental orgánico que es un concepto usado en referencia a un conjunto de signos y sintamos psicológicos o conductuales sin tener encuenta su etiología. El trastorno mental orgánico designa un síndrome mental orgánico en particular del que se conoce o se presume su etiología como es el causado por inhalantes, entre otros.

Los sindromes mentales orgánicos se agrupan según el DSM-III-R en seis categorías:

1. DELIRIUM y DEMENCIA:

Delirium: consiste su sintomatología en la reducción de la capacidad para mantener la atención a los estímulos externos y dirigirla a los estímulos nuevos, hay pensamiento desorganizado que se manifiesta por un lenguaje vago , irrelevante o

incoherente. También incluye reducción del nivel de conciencia, percepciones sensoriales falsas, alteraciones en el ciclo sueño-vigilia y en el nivel de actividad psicomotor, desorientación en el tiempo, en el espacio y en cuanto a las personas y deterioro de la memoria.

Demencia: consiste en un deterioro de la memoria a corto y largo plazo, asociado a un deterioro del pensamiento abstracto, de la capacidad de juicio y alteración de las funciones corticales superiores o cambios de personalidad. El diagnóstico de demencia no se establecerá si tales síntomas sólo aparecen en presencia de una reducción de la capacidad para mantener o dirigir la atención hacia estímulos externos, como en el delirium, sin embargo, el delirium y la demencia puede coexistir.

2. SÍNDROME AMNESICO Y ALUCINOSIS ORGANICA:

Síndrome amnésico: Hay un deterioro de la memoria a corto y largo plazo que se atribuye a una causa orgánica específica. El diagnóstico no se establece si el deterioro de la memoria se da en un contexto de reducción general de la capacidad para mantener y dirigir la atención (como en el delirium) o si está asociado a un deterioro del pensamiento abstracto, a deterioro de la capacidad de juicio y a otras alteraciones de las funciones corticales superiores, o a cambios en la personalidad (como en la demencia).

Alucinosis orgánica: Hay predominio de alucinaciones persistentes o recurrentes debidas a una causa orgánica que se demuestra por medio de la historia, examen físico y pruebas de gabinetes. El diagnóstico no se establece si las alucinaciones aparecen en el contexto de una reducción general de la capacidad para mantener y dirigir la atención hacia estímulos externos, como en el delirium.

3. SÍNDROME DELIRANTE ORGANICO, SÍNDROME ORGANICO DEL ESTADO DE ANIMO Y SÍNDROME DE ANSIEDAD ORGANICA:

Síndrome delirante orgánico: consiste en el predominio de ideas delirantes por causa orgánica específica, donde las más comunes son las de tipo persecutorio.

Síndrome orgánico del estado de ánimo: predominio de un persistente estado de ánimo deprimido, eufórico o expansivo, habiendo un causante orgánico que se

confirma con la historia, examen físico y pruebas de laboratorio. No habiendo este diagnóstico en delirium, ni en trastornos del estado de ánimo.

Síndrome de ansiedad orgánica: Consiste en un predominio de crisis de angustia o ansiedad generalizada, donde puede presentarse: falta de aliento o disnea, mareo, palpitaciones, temblor, sudoraciones sofocación, náuseas, despersonalizaciones, adormecimiento, escalofríos, miedos de morir o de perder el control. Todo esto provocado por un factor orgánico específico, habiendo un ligero deterioro de la capacidad cognitiva en especial para centrar la atención.

4. SÍNDROME ORGANICO DE LA PERSONALIDAD:

Consiste en una alteración persistente de la personalidad, global o acentuándose características previas, debido a una etiología orgánica específica, habiendo inestabilidad afectiva, explosiones agresivas o de irritabilidad, deterioro de la capacidad de juicio social, apatía, suspicacia, ideación paranoide. Lo que está afectado es la personalidad del sujeto.

5. INTOXICACION Y ABSTINENCIA:

Intoxicación: Es el concepto usado para una categoría residual que incluye un cuadro clínico provocado por una sustancia psicoactiva exógena y que estará determinada por la naturaleza de la sustancia psicoactiva usada.

Abstinencia: consiste en el desarrollo de un síndrome específico para cada sustancia psicoactiva, que aparece cuando se suspende o se reduce su ingesta tras un consumo regular.

Dentro de este rubro se da el síndrome mental orgánico asociado a la ingesta de sustancias psicoactivas las cuales afectan al sistema nervioso, donde las sustancias más utilizadas fuera del contexto de la prescripción médica: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, inhalantes, nicotina, opiáceos y sedantes, hipnóticos, o ansiolíticos. Aunque algunas de estas sustancias tienen también indicaciones médicas, en determinadas circunstancias no controladas pueden provocar trastornos.

El criterio para el diagnóstico de intoxicación por inhalantes son: El uso reciente de un inhalante, cambios conductuales desadaptativos, agresividad, apatía,

deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad social o laboral. Así como tener la presencia de por lo menos dos de los siguientes síntomas: mareo, temblor de los ojos o nistagmus, incoordinación, lenguaje farfullante, marcha inestable, letargia, reflejos deprimidos, enlentecimiento psicomotor, temblor, debilidad muscular generalizada, visión borrosa o diplopía, estupor o coma, euforia. Todo lo anterior no debe ser precipitado por ningún otro trastorno mental o físico. Y este diagnóstico debe ser confirmado con la historia clínica clara y con análisis toxicológico de orina y sangre.

6. SINDROME MENTAL ORGANICO NO ESPECIFICADO:

Constituye una categoría para aquellos síndromes mentales orgánicos no clasificables en ninguno de los síndromes previos.

V. TRASTORNOS AFECTIVOS

5.1. ANTECEDENTES HISTORICOS

A continuación se citan algunas de las épocas en que se ha estudiado los trastornos afectivos. En tiempos bíblicos; la biblia menciona dos casos de enfermedad mental afectiva el de Saúl y Nabucodonosor, que durante su juventud su comportamiento había sido un tanto anormal y Saúl en su madurez tenía una conducta que se presentaba con la falta de dominio de los impulsos, suspicacia casi paranoide y extrema irritabilidad. Terminó suicidándose, con lo que demostró la gravedad de su patología. Si Saúl hubiera vivido en nuestros días, probablemente habría sido clasificado como un maniaco depresivo, en cambio Nabucodonosor no presentaba grandes variaciones en su estado de ánimo; solo padecía de irritabilidad anormal y periodos en los cuales el Rey creía haberse convertido en un animal.

Aún cuando el uso del término depresión se remonta a un cuarto de siglo , siendo contemporáneo del advenimiento de la psicofarmacología (Pinel, 1801), el cuadro clínico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con nombre de "melancolía". Ya en el siglo IV antes de Cristo, Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados por las reacciones conjuntas de los cuatro humores corporales : sangre, bilis negra , bilis amarilla y flema, donde la melancolía era producida por la bilis negra (Kaplan, 1975).

Los médicos romanos aceptaron el concepto de Psicoterapia y Arateo de Capadocia, en el siglo I antes de Cristo, describió el tratamiento en ciertas clases de melancolía que alternaban con ciclos de manifestaciones maníacas. Por supuesto, él se refería a la psicosis maniaco depresiva. Menos de un siglo después, Sorano recomendó el Teatro a sus enfermos como medio terapéutico y se les sugería a los sujetos deprimidos que participaran en comedias mientras que a los maníacos depresivos se les incitaba a actuar en tragedias.

Durante la edad media, se identificaron un gran número y variedad de formas de la llamada melancolía, atribuidas a espíritus o causas naturales. Como causas

naturales figuraban el exceso de trabajo, de actividad sexual o de otros tipos; las causas espirituales se consideraban de origen divino.

El fundador de la escuela de Medicina de Salerno, Constantino Africano, se hizo famoso a fines de la edad media por sus descripciones en cuanto a los trastornos afectivos. Y sostuvo la teoría de que una cantidad excesiva de bilis por disfunción de la economía orgánica, era la causa de la melancolía. Señalo dos tipos distintos de melancolía: uno localizado en el cerebro y otro localizado en el estomago. Constantino fue también el primero en describir los síntomas de la melancolía que eran: miedo a lo desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad.

La creencia de influencias espirituales como causa de los trastornos afectivos cesó a fines de 1630, cuando Robert Burton (1630), publicó su famoso tratado Anatomía de la melancolía que facilito apreciablemente la identificación de los estados depresivos hasta que, Emile Krapelin (1899) estableció la diferencia entre psicosis maniaco depresiva y demencia precoz, llamada ulteriormente esquizofrenia.

Después de Krapelin (1899) y con el advenimiento de los estudios genéticos, se pensó que todos los trastornos afectivos formaban parte de la psicosis maniaco depresiva. Así, se afrontó el problema durante las tres primeras décadas del presente siglo y en donde todo paciente que presentaba un cuadro de depresión se le consideraba que padecía del síndrome maniaco depresivo. En consecuencia era calificado como psicótico, aunque sus síntomas fueran muy leves.

En los primeros siglos de nuestra era Celsus, en su libro "DE RE MEDICA", y Arateo de Cappadocia, en "ENFERMEDADES AGUDAS Y CRONICAS", mencionan la manía y la melancolía como problemas médicos. Soranos de Ephesus, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia asenuada, tendencia al llanto, irritabilidad y, en ocasiones, jovialidad (Ackerkrecht, 1959). Los trabajos de Soranos han llegado hasta nuestros días gracias a la versión latina de Caelius Aurelianus (S.V d. J.C.).

En la Edad Media, la medicina siguió viva en los países islámicos durante ella, Rhazes, Avicena y Maimónides consideraron la melancolía como

una enfermedad diferenciada, mientras que filósofos destacados como Sto. Tomas de Aquino, sostenían que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales, creencia que empezó a abandonarse hacia 1630, cuando se publicó el famoso tratado de Anatomía de la Melancolía, obra que facilitó en mucho la identificación de los estados depresivos (Bleuler, 1911).

Así, Pinel (1801), describe al melancólico como un ser taciturno, pensativo y que busca la soledad, a pesar de que se encuentra en buena salud y en prósperas circunstancias. Fue además el primero en mencionar que algunos depresivos pueden cometer crímenes para buscar castigo.

Sin embargo, Griensinger (1974) fue el primero que realizó una descripción detallada de la depresión, observando las vagas manifestaciones tempranas y el papel que éstas juegan en el desarrollo de otras formas de enfermedad mental.

Para algunos psiquiatras como Medoc (1980) la depresión se caracteriza por la excesiva vulnerabilidad ante circunstancias adversas. Las personas deprimidas tienden a reaccionar ante circunstancias desafortunadas en forma exagerada, de tal manera que su conducta llega a ser excesiva o deficiente.

Kolb, L. (1973) también en el campo de la Psiquiatría, define a la depresión como un tono afectivo de tristeza, variando desde un abatimiento ligero hasta una desesperación en grado extremo. El sujeto deprimido se desprecia a sí mismo y experimenta una sensación de falta de ánimo, es desconfiado y se siente melancólico. Supone este autor que tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales, tal vez en la ambivalencia y hostilidad, dirigida hacia personas que no son objeto de su devoción o de quien depende la propia seguridad. Los impulsos hostiles que originalmente se dirigían contra otras personas llegan a volcarse contra el propio yo del individuo.

Emil Kraepelin (1899) se esforzó por definir entidades absolutas en el campo de las ciencias de la salud mental, donde separa los diferentes complejos sintomáticos y redujo las psicosis a dos divisiones esenciales: los episodios sin daño procesal en el pensamiento (enfermedad maniaco - depresiva) y aquellos con

deterioro progresivo de la personalidad (demencia precoz). Lange (1928), discípulo de Kraepelin, fue el primero que le llamó la atención las depresiones que se desarrollan como resultado de las reacciones ante el vivir: angustias y circunstancias adversas. De esto surgió la diferencia entre depresiones neuróticas y psicóticas.

En 1962 Leonhard y cols. propusieron la separación de la psicosis maniaco-depresiva en el grupo bipolar (pacientes depresivos con una historia de episodio maníaco). Términos como melancolía, depresión neurótica y depresión endógena han sido abortados y se han dado el sistema de clasificación mayor en el DSM-III-R.

Los trastornos afectivos constituyen un amplio grupo de enfermedades caracterizadas por alteraciones del estado de ánimo en la dirección de la depresión y en el sentido de la euforia, como es el caso de la psicosis maniaco-depresiva. La euforia es un síntoma importante en la constelación más general denominada manía donde se debe reconocer entre un estado de ánimo exaltado un alto nivel de energía que sucede en las personas enérgicas en comparación con los sujetos maniacos, los cuales gastan considerable energía, pero hacen escasas cosas valiosas durante sus episodios maníacos.

En otro intento por clasificar a los trastornos afectivos son las aportaciones de la Organización Mundial de la Salud en su décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), en donde a los trastornos afectivos o del humor bipolar; donde éste se caracteriza por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados.

Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuatro o cinco meses. Las depresiones tienden a durar más, aproximadamente seis meses, aunque

rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud.

A pesar de que el concepto original de "psicosis maniaco-depresiva" también incluía enfermos que sufrían únicamente depresión, el término trastorno o psicosis maniaco-depresiva se usa ahora como sinónimo del trastorno bipolar.

Kraepelin (1921), que introdujo el diagnóstico de maniaco-depresiva, afirmó que la manía no era un trastorno diferente de la depresión. Ya que varios estudios han mostrado que la mayoría de los pacientes con este diagnóstico han tenido episodios de depresión sin manía.

En estudios recientes se ha constatado que los índices según el sexo son aproximadamente iguales. Pudiéndose dar con mayor frecuencia en clases sociales superiores sin embargo no está claro que si el ser de una clase social superior es una causa o una consecuencia.

Los pacientes maniaco-depresivos recuperados, en contraste con los pacientes no maniaco-depresivos, tenían básicamente puntuaciones normales en las mediciones de introversión y neuroticismo (Kaplan, 1975) comparados con normas establecidas.

5.2. MODELO ETIOLOGICO

5.2.1. MODELO FAMILIAR

El primer estudio en la enfermedad bipolar llamada antes maniaco-depresiva fue publicado por Cohen, Baker, Fromm-Reichmann y Weigert, Gibsons (1954). Donde Cohen y col. observaron que las familias de pacientes con este tipo de trastorno se sentían muy aparte de la sociedad, donde este sentimiento de separación era vivido como fracaso por la madre y esta culpaba al padre de ello.

Las madres eran vistas como fuertes pero frías y un poco autoritarias las cuales eran aprobadas por el niño.

El padre el cual se aceptó a sí mismo como fracasado era percibido como débil pero amoroso, el manejando un mensaje desidentificatorio de : "No seas como Yo". Un de los hijos usualmente el que tiene más dotes, era seleccionado y apreciado por la madre compensando el fracaso del padre, adheriéndose la familia a un grupo de orientación colateral, no diferenciados.

Cohen y cols.(1954) mencionaron en su investigación que los pacientes hacían cosas que eran en contra de sus propios intereses, o minimizaron sus buenas capacidades en cierta áreas intelectuales para evitar así la envidia de la familia. Esto se encuentra como un factor extermodamente significativo en este estudio de la clínica de la llamada maniaco-depresión.

El sobremensaje de éxito social, se encontró un mensaje simultáneo, encubierto, y contradictorio al fracaso. Si el niño sobreviene exitoso y autónomo, los padres perderán el control sobre él. El o ella pasara a ser un competidor y un traidor de la autoestima de alguno de los padres.

Si el niño protege a un padre inseguro, hay el peligro de que el o ella escapen de esta figura y lo rechacen. Tal evento es particularmente importante si este padre es el recurso sólido de afecto y calor, como los padres descritos en las familias por Cohen y cols.(1954).

La forma de la constelación familiar descrita por Cohen es asociada en situaciones en la que el padre no realiza su rol como triunfador. Tal parámetro es encontrado también en familias de inmigrantes en las que el padre frecuentemente no

tiene el lenguaje o los recursos técnicos para encontrar empleo, frecuentemente encontramos este tipo de constelaciones familiares en los niveles socioeconómico bajos donde la esposa usualmente sostiene económicamente a la familia y el marido no, por lo que se siente un fracasado. En familias tradicionales la esposa sumerge sus necesidades autónomas y aspiraciones para los otros en orden para ser la "buena" madre o esposa, donde sacrifica su propia actuación de su rol y su identidad y autoestima están, dependientes de prestigio del marido y de su nivel socioeconómico. Así cuando el marido deja de trabajar la reacción de ella es de enojo y de desilusión.

En esto la mujer llega a tomar toda la responsabilidad produciendo en el marido mayor disfuncionabilidad. Parece que las familias en las que se genera un paciente maniaco-depresivo el esposo es pasivo-agresivo, y con reserva para expresar su resentimiento en contra de la esposa que lleva el rol de autoridad. Dando esto como resultado un guerra fría entre los padres.

5.2.2 MODELO GENETICO

Es un hecho establecido que las depresiones y las manías son trastornos familiares. Familiar no es necesariamente sinónimo de genético; no obstante, es muy probable que familiar signifique genético en el caso de los trastornos afectivos (Rice, 1987), ya que los datos sobre estos trastornos son tan contundentes, que si no se tratara de una enfermedad psiquiátrica no pondríamos en tela de juicio su transfondo genético, aunque cabe en lo posible que sean circunstancias de tipo nutritivo, infeccioso, y psicológico las responsables de la conjunción familiar de síndromes médicos y psiquiátricos.

Por ello se han realizado varios tipos de metodologías para respaldar esta hipótesis como es el caso de: los estudios familiares, estudios de gemelos, estudios de consanguinidad, de cromosomas. Entre tantos otros, como es el caso de los estudios de adopción y de hermanastros para que se evalúe si en efecto existe una contribución genética para tal o cual trastorno mental.

Para la comprobación de un factor genético en los pacientes con trastornos afectivos se encuentran algunos hallazgos. Como los de Winokur y Pitts (1965) que encontraron que en 366 pacientes con este trastorno, la incidencia en las madres era

del 22.9%, y en los padres del 13.6%, y presentándose en una serie de investigaciones la evidencia de que un mayor número de enfermedades afectivas se observan en los familiares de pacientes con este trastorno en comparación con la población general.

Otro hallazgo que apuntaría a este factor genético es el de las parejas de gemelos monocigóticos con relación a las de los dicigóticos, y no existe en la actualidad ningún estudio que contradiga esta postura. Kallmann (1954) halló un 96% de concordancia en gemelos monocigóticos, frente a un 26% en dicigóticos. Así, Price (1968) dio cuenta de 12 parejas de gemelos monocigóticos en los que se criaron separados los miembros de cada uno de los pares. Ocho de las 12 parejas (67%) mostraron concordancia en la enfermedad afectiva.

También en estudios de adopción y los de hermanastros se puede observar el fundamento genetista involucrado en los trastornos afectivos como es lo hallado por Kallmann (1954) dentro de su revisión de datos de 96 familias de índice involutivo, hallando que los hermanastros tenían una expectativa de psicosis involutiva del 4.5% y los hermanos carnales una expectativa del 6.2%, ambas superiores a las cifras de la población general, del 0.3% y 0.8% , respectivamente.

En cuanto a la enfermedad maniaco-depresiva, Kallmann (1954) halló que los hermanos tenían un riesgo del 23 al 24%, mientras que en los hermanastros era del 13 al 17%. Suponiendo una distribución al azar de los factores medio ambientales, sería de esperar que los hermanastros presentaran un menor riesgo de enfermedad maniaco-depresiva, ya que muchos de ellos serían la descendencia de los padres sanos. Sería igualmente esperable que el riesgo de los hermanastros fuera considerablemente más elevado que el de la población general.

En el estudio genético de Kallman (1954), se observó que las madres de ambas muestras fueron significativamente similares. En contraposición de lo visto en la muestra de los padres, lo que implica que en este estudio, aunque la metodología fue diseñada para estudiar los aspectos genéticos, también quedaron implicados aspectos socioambientales, por las características y la dinámica que presentaron las familias de los sujetos esquizofrénicos, por ello mismo, las muestras de madres fueron significativamente similares.

Ante estas hipótesis tan firmes se puede recurrir a los estudios de adopción y de hermanastros para evaluar la probabilidad de una contribución genética, donde los estudios familiares y los de gemelos sugieren, pero no prueban, un factor genético y los estudios de enlace y de asociación son, por su misma índole los que podrían probar la existencia de un factor genético, también aportan una información considerable sobre la transmisión. Los estudios de adopción y de hermanastros pueden indicar al margen de toda duda la presencia o ausencia de un factor genético, también presentan la ventaja de que se prestan a una evaluación de la importancia respectiva de los factores genéticos y los ambientales (Slater y cols., 1971).

La conclusión de lo anterior, no obstante la importancia que tengan los aspectos genéticos en los trastornos afectivos, el factor familiar resulta altamente relevante dentro de los precipitados de estas patologías.

Habiendo pruebas de que la enfermedad bipolar es familiar, los probandos bipolares tienen un mayor número de familiares en primer grado bipolares y unipolares, estos índices son superiores de lo que sería de esperar en la población general o en poblaciones de control (Winokur, 1970).

Aunque el agregado familiar es una condición necesaria para la transmisión genética, no es suficiente, según Kaplan (1975) porque muchas características familiares no son genéticas. El posible modo de transmisión genética, vinculación genética de subgrupos de bipolares a un antígeno leucocítico humano o a la región de la ceguera cromática del cromosoma X, y los marcadores biológicos de vulnerabilidad genética son áreas de activo interés de investigación.

Por ahora la mejor prueba de que la agregación familiar puede reflejar transmisión genética procede de varios estudios de gemelos en los que la concordancia de los probandos bipolares es mayor que en los sujetos de prueba monocigóticos unipolares.

En un estudio de 110 pares de gemelos, la concordancia en los monocigóticos era de 0.67, y en los dicigóticos, de 0.20. Este dato concuerda con los datos anteriores de estudios más pequeños. Solo ha habido un estudio de adopción con adoptivos bipolares. Los adoptivos bipolares tenían un aumento casi triple de un amplio

espectro de trastornos afectivos en sus padres biológicos, en comparación con los padres adoptivos o con los padres adoptivos o biológicos de los adoptados normales.

También se ha aplicado la técnica de adopción a los trastornos afectivos comparando el índice del trastorno en los familiares biológicos y adoptivos de los individuos afectados. Si se atendía a los afectados por un trastorno afectivo, el índice de trastornos afectivo en los padres biológicos se eleva hasta el triple por encima del hallado en los padres adoptivos. Hasta 31% de los padres biológicos de los adoptados con enfermedad bipolar tienen un trastorno afectivo, en comparación con 2% de los sujetos de control (Berretine, 1984).

5.2.3. MODELO AMBIENTAL

El famoso biólogo y genetista Waddington (1969) afirma que la evolución no se contempla ya como el simple desarrollo de un genotipo, sino como un " sistema epigenético " total en el que los genes reaccionan a todo un conjunto de reglas a través del proceso global del crecimiento embriogénico en interacción con el medio ambiente.

El sujeto percibe y concibe la realidad exterior de un modo que no sólo se corresponde con su propia idiosincrasia, sino que guarda relación idiomática con cada etapa de su desarrollo. Por consiguiente, es proclive a responder de una manera muy selectiva a los diferentes ingredientes de una situación que se presenta ante él. El término entorno evolutivo quiere señalar la asociación de influencias que operan en el entorno, seleccionadas consciente o inconscientemente para la respuesta por parte del niño en cualquier estadio evolutivo dado. La principal consecuencia subyacente del concepto es que los elementos infantiles que perduran de un modo anormal en uno de los padres son interiorizados por el niño empáticamente, a medida que atraviesa por etapas evolutivas en las que dichos elementos serían normalmente específicos de cada fase. Esto podría conducir, al menos de un modo hipotético, a reforzar los elementos presentes en los niños, dándose el caso de que resultasen exagerados y permanentes al ser incorporados a la personalidad. Estas identificaciones negativas contribuirían entonces, en palabras de Erikson (1968), a formar los componentes negativos de la identidad. Al mismo tiempo, cabe la posibilidad de que el niño reaccione de una

manera traumática a las incongruencias que resuenan durante algún tiempo en la conducta, el pensamiento y el afecto de los padres.

Dado que el medio ambiente también es la familia ésta juega un papel trascendente en el desarrollo de un trastorno bipolar, ya que el agregado familiar es una condición necesaria para la transmisión genética, por que muchas características familiares no son genéticas donde la mejor prueba de que la agregación familiar puede reflejar transmisión genética procede de varios estudios de gemelos monocigóticos.

Aún así, los vínculos sociales pueden promover el desarrollo de un trastorno maniaco-depresivo, ya que si el sujeto genéticamente es vulnerable a desarrollar este trastorno la desintegración de la familia, la disminución de apoyo y la falta de vinculación con los demás pueden hacer que un sujeto desarrolle este trastorno.

Winnicott (1960), menciona que con independencia de la enfermedad que pueda afectar a los padres, "la enfermedad del niño pertenece al niño" y es parte de él. Las "folies a deux", o las denominadas perturbaciones de contacto, no son de ningún modo simples ecos o reflejos de las alteraciones que se dan en el entorno del niño. Lo que se interioriza experimenta una compleja transformación en el nuevo "huésped". En términos fisiológicos, no sólo debe ser digerido y asimilado, sino que debe también encontrar un lugar propio en un nuevo metabolismo. Las nociones de imitación o adecuación a un modelo no aportan indicación alguna acerca de la complejidad implícita.

Siguiendo a Piaget (1929) diré que las influencias ambientales "no se imprimen en el niño como sobre una placa fotográfica: son "asimiladas", es decir, deformadas por el ser vivo sometido a ellas, y acaban implantándose en su propia sustancia". Este principio de asimilación puede equipararse con el inexpugnable principio metodológico de la convergencia, que postula que la evolución debe estudiarse como un proceso determinado por la interacción del organismo y del entorno.

Parecería que los procesos paralelos que acontecen en el niño y en sus padres durante ciertas fases se mezclan íntimamente; de ese modo se facilitan los intercambios y se acrecienta la asimilación (Anthony y cols. 1970).

Por ello es necesario el reconocer la importancia que el aspecto ambiental tiene sobre el desarrollar o no de un trastorno.

5.2.4.MODELO BIOQUIMICO

Se sabe que el cerebro contiene billones de neuronas, cada una de las cuales interactua con la demás por medios electroquímicos. Cuando una neurona es estimulada el impulso resultante, o potencial de acción eléctrico, produce una descarga de una sustancia química (neurotransmisor) de una región especializada en estrecha proximidad a una neurona vecina, el neurotransmisor es liberado a un espacio situado entre dos neuronas denominado endidura sináptica. La neurona que conduce la hendidura sináptica se denomina neurona presináptica, y la neurona en la que desemboca la endidura sináptica se denomina neurona postsináptica.

El neurotransmisor liberado de la hendidura sináptica desde la neurona presináptica interactua brevemente con un receptor de la neurona postsináptica, produciendo así una estimulación eléctrica (aumentando la probabilidad de un potencial de acción) o una inhibición eléctrica (disminuyendo la potencialidad de acción) la neurona postsinaptica.

Puede parecer obvio que los factores genéticos puedan tener expresiones bioquímicas en las sinapsis pero sin perder de vista a los factores ambientales y psicológicos ya que ante los cambios bioquímicos y fisiológicos secundarios a estos puede haber una alteración en la vulnerabilidad de un sujeto a tener episodios maníaco depresivos.

Everett y Toman (1989) postularon que las catecolaminas y las serotonina, localizadas principalmente en el tallo cerebral y que apartir de ahí van a centros cerebrales donde una deficiencia absoluta o relativa de norepinefrina o hiperactividad coligernica producían trastornos depresivos, mientras que las manías estaban asociadas a un exceso de estas catecolaminas.

Así también, se han tenido sugerencias etiológicas del trastorno bipolar sobre la segregación de una anormalidad biológica en cuanto al cociente de Lito eritocitario/plasma y la densidad receptora de la acetilcolina, la cual se ve aumentada

la actividad colinérgica y adrenérgica en el sistema nervioso central que produce la depresión.

5.2.5 MODELO PSICODINAMICO

Por otro lado para el psicoanálisis del cual se ha producido una polémica sobre la forma de organizar lo que se conoce acerca de los afectos, los sentimientos y las emociones. Los afectos se consideran como procesos o como estados psicológicos que nos impresionan, quizás como fuerzas potenciales. Por consiguiente, han delimitado su relación con los instintos, que están en la frontera de lo biológico, y con los sentimientos, que pertenecen al dominio de la conciencia. Los procesos fisiológicos y psicológicos se coordinan en algunas ocasiones y alcanzan el nivel consciente que llamamos sentimientos.

Fenichel (1968) comparte la idea de que las características básicas de la vida mental están en términos de la ambivalencia entre la cantidad de amor y odio que coexiste en el sujeto, donde en la depresión el sujeto se vive incapaz de amar aún a sí mismo, porque su amor siempre está acompañado de odio. Sin embargo, en la manía hay un aumento en el amor a sí mismo y una disminución en el grado de conciencia, abandonándose las inhibiciones y todas sus actividades son intensificadas.

La primera contribución importante por parte de los psicoanalistas al problema de la depresión, proviene de Karl Abraham, quien en 1955 observó en los casos neuróticos, que algunos abandonaban sus impulsos sexuales sin obtener gratificación. El enfermo se siente poco amado y por lo tanto es incapaz de querer a los demás. Abraham se dio cuenta de la diferenciación con la psicosis maniaco-depresiva después de analizar seis casos. En todos ellos observó que el odio había paralizado la capacidad de amar. Este sentimiento producía culpa y autorreproches, lo cual incrementaba la depresión (Guarner, 1978).

Dentro del modelo Psicoanalítico, se considera que la depresión es hostilidad internalizada ante la pérdida de un objeto amado, o bien, una reacción a la separación de un objeto significativo o de dependencia.

Así Freud (1915) diferencia entre los conceptos de duelo y melancolía. Entendiendo al duelo como la reacción ante la pérdida de un ser amado, o de una

abstracción equivalente, sin la pérdida del amor propio. El exámen de la realidad demuestra que el objeto amado no existe ya y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras con el mismo, a través de un proceso lento y paulatino. Pero puede surgir la melancolía en el lugar del duelo, que se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una sensación de desinterés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad para amar, inhibiciones en las funciones, la disminución del amor propio y un empobrecimiento del yo. Esta última se traduce en reproches que el sujeto se hace a sí mismo, pudiendo llegar a una espera de castigo. El sujeto sufre una pérdida del objeto, produciéndose así la ambivalencia y la regresión de la libido al yo.

Freud (1983) fue el primero que habló de la depresión periódica como una tercera forma de las neurosis de angustia, donde denominó a la hipocondría como la angustia referida al cuerpo, mientras que la angustia pertinaz se designó como depresión periódica, diferenciándose a está de la llamada melancolía, que es un fenómeno más elaborado y relacionado con una pérdida que inicialmente, pensó se trataba de la aflicción por la pérdida de la libido. Describió tres formas de melancolía que hacían referencia a la masturbación, la angustia aguda y la herencia.

Para Bleichmar (1980) la depresión forma parte de la categoría de los trastornos del humor o de la afectividad. Define a la tristeza por la que desencadena el dolor psíquico, por la significación que una situación determinada tiene para el sujeto. Considera que está relacionada con la pérdida de objeto y la imposibilidad de la realización de un deseo en su esencia. Distingue diferentes tipos de depresiones:

1. depresión por pérdida simple de objeto
2. depresión narcisista
3. depresión culposa
4. depresión mixta

La depresión por pérdida de objeto está caracterizada por el duelo normal, o sea, la muerte de un ser querido. Es la pena porque el objeto ya no está.

La depresión narcisista se genera por no lograr el ideal de la perfección del yo del sujeto.

La depresión culposa se genera por la agresión del sujeto hacia un objeto, ya sea en la realidad o en la fantasía, que produce sentimientos de inadecuación o maldad.

En la depresión mixta se mezclan dos de las categorías anteriores.

En cuanto a los estudios realizados por Freud con respecto a la manía, este menciona la idea del desinterés de la libido, y que la separación se producía a partir de la catexis del inconsciente y tenía lugar tanto en el duelo como en la melancolía. En el caso de esta última se complica por la ambivalencia y tiene origen en pérdidas que no son reales. La manía difiere del duelo patológico en que la libido que ha vuelto al Yo está en condiciones de triunfar sobre las inhibiciones y, por consiguiente, puede emplearse para nuevas catexis del objeto. Entonces el duelo es una reacción normal ante una pérdida real en la que se actúa para apartar la libido que se había instalado en el objeto perdido. Por otro lado la melancolía es un estado patológico que implica heridas narcisistas inferidas en el Yo, experimentadas como pérdidas, y supone una internalización traumática del objeto ofensor.

Abraham (1955) ha sido el que más énfasis ha puesto al papel de la oralidad en la depresión, así como Rado (1968) y Fenichel (1968), los cuales mencionan que; por un lado Rado al analizar la influencia de la situación de lactancia sobre el Yo infantil, ampliando el concepto de la oralidad para abarcar todas las sensaciones placenteras que experimenta el lactante junto al pecho de la madre, tales como los sentimientos generales de calor, seguridad y nutrición. Más adelante, Fenichel (1989) ensanchó la interpretación de la oralidad y describió el carácter oral "narcisista" del depresivo como el de una persona con una fijación en la fase en que la autoestima se regula mediante aportaciones externas.

Edward Bibring (1953) propuso un modelo de depresión, basado en el conflicto, que implica la expresión emocional de un estado de desvalimiento. Para este autor las personas tienen las siguientes metas y objetivos en el vivir : 1) el deseo de ser valioso, amado y apreciado, 2) el deseo de ser fuerte y tener seguridad, y 3) el deseo de ser bueno y amable. Creía que lo que lleva a la depresión es la tensión entre las aspiraciones propias, cargadas de narcisismo y la conciencia que el Yo tiene de su

desvalimiento, y diferenciaba la depresión de la despersonalización, en la que el sentimiento o la angustia sufren un bloqueo, y del hastío, en el que es la acción la que está bloqueada. Depresión, hastío y despersonalización son estados de la inhibición mental, pero en el caso de la depresión la autoestima se hace añicos. La angustia es el deseo que el Yo tiene de sobrevivir; la depresión es el deseo de morir.

Rubinfine (1968) piensa que Bibring hace una generalización sobre las limitaciones del Yo sin ninguna explicación de por qué unas personas dominan la inclinación depresiva y otras sucumben a ella. Insiste en que el papel de la agresión debe incorporarse a la teoría explicativa de la depresión, y él así lo hace al introducir el concepto de la unidad narcisista madre-hijo, la cual al verse interrumpida, la nueva situación conduce al desvalimiento, a la desilusión narcisista y a la cólera resultante. El estado de ánimo que se denomina depresión produce una concientización prematura del objeto, como algo separado del niño, y una diferenciación prematura de la pulsión agresiva. La depresión es la señal de que la meta es inalcanzable por causa de la debilidad y el desvalimiento del Yo.

En cierto sentido, Rubinfine (1968) amplía la teoría al insistir en los factores del desarrollo e incluir la pulsión agresiva, donde él como Melanie Klein (1932) "adulomotorfizan" la infancia, la cual introdujo el concepto de la posición depresiva, definida como la fase del desarrollo en la cual el niño reconoce un objeto global y establece relación con él. En esta posición depresiva, las angustias nacen de la ambivalencia. La angustia del niño reside en que sus propias pulsiones destructivas han destruido o van a destruir el objeto que ama y del cual depende.

En 1933 Helene Deutsche, acentuaba el papel del rechazo, que creía implícito en todas las manías: " Es un intento de resolver un conflicto interno, para rechazar la agresión del ello y así prevenir el rigor del superYo ". En este estado, la manía representa " una forma de actividad emprendida por el Yo, ya aliviado, y en el que el potencial del proceso melancólico, en vez de permanecer anclado en el mundo interior, se transforma en energía ".

Sin embargo, para Katan (1953) el episodio maniaco como un fenómeno restitutivo, creía que la agresión demostraba ser una tentativa de controlar el objeto

externo, no de destruirlo, y que la manía es un intento de restablecer las relaciones normales. En 1971, Freeman insistió en las opiniones de Katan (1953). En un análisis formal Freeman (1971) estudió que en la manía, la reacción es ante una situación de peligro en forma regresiva al estado del " Yo del placer purificado ".

Aun así, no se puede desarrollar una teoría cabal partiendo únicamente del psicoanálisis o de cualquier otra disciplina aislada. El gran cúmulo de datos teóricos nos ayudará a formar una futura teoría de los trastornos afectivos.

5.3 SIGNOS Y SINTOMAS

Los trastornos afectivos están subagrupados en:

- 1.Trastornos afectivos mayores**
- 2.Trastornos afectivos específicos**
- 3.Trastornos afectivos atípicos**

Dentro de los trastornos afectivos mayores se encuentran los trastornos bipolares y la depresión mayor (unipolar). Si en alguna ocasión se ha presentado un episodio maníaco, incluso si no ha tenido lugar una enfermedad depresiva aún así se establece el diagnóstico de trastorno bipolar. Donde el rasgo esencial del trastorno bipolar es un período diferenciado del estado de ánimo elevado, expansivo y síntomas asociados de elevada actividad, habla forzada, fuga de ideas, autoestima devaluada, baja necesidad de sueño, distractibilidad y excesiva implicación en actividades sin reconocer el alto potencial de consecuencias dolorosas.

Como se afirma en el CIE-10, la perturbación fundamental que podemos hallar en este grupo de trastornos es un cambio en el ánimo o el afecto hacia el polo depresivo. Este cambio del ánimo se acompaña por lo general de un cambio en el nivel global de actividad y la mayoría de los restantes síntomas son secundarios a estas modificaciones, o bien se entienden con facilidad en el contexto de estos cambios en el ánimo y en la actividad. En un episodio típico, el sujeto presenta ánimo deprimido, pérdida del interés y la capacidad de disfrute, así como una reducción de energía que conduce a una mayor fatigabilidad y aún descenso de la actividad. Es común que los pacientes presenten un notable cansancio después de realizar pequeños esfuerzos.

Otros síntomas habituales son:

- 1. Disminución de la concentración y de la atención.**
- 2. Disminución de la autoestima y de la confianza en sí mismo.**
- 3. Ideas de culpa e inutilidad.**
- 4. Falta de reactividad emocional a los ambientes y acontecimientos agradables.**
- 5. Perspectivas tristes y pesimistas de cara al futuro.**
- 6. Ideas de autoagresión o suicidio.**
- 7. Perturbaciones del sueño, con despertar precoz.**

8. Falta de apetito.

9. Evidencia objetiva de retardo o agitación psicomotora.

10. Pérdida de peso.

11. Marcada pérdida de libido.

El descenso del ánimo varía poco de un día al otro, y con frecuencia es insensible al cambio, no obstante, puede mostrar una variación diurna característica a medida que avanza el día.

Para los episodios depresivos, se requiere habitualmente una duración mínima de dos semanas, aunque períodos más cortos pueden volver razonable el diagnóstico si los síntomas son desacomodadamente graves y de inicio rápido.

Las clasificaciones del ICD-10 y del DSM-III-R de los trastornos depresivos comparten muchos rasgos; por ejemplo, ambos sistemas contienen categorías para los episodios únicos de los trastornos depresivos, así como para los episodios recurrentes. Además de ello, los dos sistemas reconocen las perturbaciones del ánimo leves pero persistentes en las cuales existe ya sea una alteración repetida de ánimo elevado y deprimido (ciclotimia) o una depresión prolongada que no satisface los criterios del trastorno maniaco-depresivo, y de duración superior a un episodio depresivo maniaco (distimia o neurosis depresiva).

El cuadro clínico de los trastornos afectivos consiste en los síndromes depresivo o maniaco, este último parcial o completo, no debido a ningún otro trastorno mental o físico. El estado de ánimo corresponde a un estado emocional permanente que colorea por completo la vida psíquica, tanto en el sentido de la depresión como de la euforia. Estos pueden presentarse como una parte del trastorno del estado de ánimo, como un trastorno psicótico no congruente o parte de un trastorno mental orgánico.

El DSM-III-R establece para estos últimos síntomas una categoría diagnóstica, a la que denomina trastornos del estado de ánimo cuya sintomatología esencial consiste en una alteración que se acompaña de un síndrome depresivo o maniaco parcial o completo, no debido a ningún otro trastorno mental o físico. El estado de ánimo corresponde a un estado emocional permanente que colorea por

completo la vida psíquica, tanto en el sentido de la depresión como de la euforia. En el DSM-III este tipo de diagnóstico se denominó trastorno afectivo.

Al igual que en el caso de la esquizofrenia, el diagnóstico sólo se verifica si no puede establecerse que un factor orgánico es el responsable del inicio y mantenimiento de la alteración o si la enfermedad está superpuesta a una esquizofrenia; a un trastorno esquizofreniforme a una situación delirante o psicótica no identificada o si se cumplen los criterios para un trastorno esquizoafectivo.

El tipo psicótico de este trastorno, denominado como trastorno del estado de ánimo se subclasifica como trastorno bipolar y trastorno depresivo, las características esenciales en el trastorno bipolar son:

1. La presencia de uno o más episodios maníacos.
2. Tener un período delimitado y persistente en el que hay un estado de ánimo anormal, expansivo o irritable.
3. Si durante el período de alteración en el estado de ánimo, se han mantenido presentes, como mínimo tres de los síntomas siguientes; autoestima excesiva o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, necesidad de hablar continuamente, fuga de ideas o experiencias subjetivas de que los pensamientos se suceden a gran velocidad, distraibilidad, incremento de la actividad, e implicaciones excesivas en actividades con una alta posibilidad de riesgo o de consecuencias negativas.

También en el trastorno bipolar se pueden dar episodios hipomaniacos, donde se dan los síntomas anteriores, aunque en el episodio maníaco y solamente en éste se da una alteración del estado de ánimo suficiente como para que se produzca un deterioro grave de la vida laboral o social, requiriéndose hospitalización.

La principal característica de los trastornos depresivos es uno o más episodios de depresión sin una historia de episodios maníacos o hipomaniacos.

La manía es el rasgo clínico de un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. Los síntomas asociados son (Kaplan, 1975):

hiperactividad
habla forzosa

fuga de ideas
escasa necesidad de dormir
elevada autoestima hasta el extremo de las ideas de grandeza
extrema distraibilidad
corto margen de atención y juicio pobre en las relaciones tanto sociales como
interpersonales.

Los pacientes en la fase maníaca no son conscientes de su falta de adecuación social y la cualidad intrusiva e exigente de su conducta. No son raros los delirios y alucinaciones.

5.4 FORMAS CLINICAS

Los trastornos afectivos, que en la clasificación del ICD-10 son llamados trastornos del humor, donde, entre las principales categorías figuran:

1. Episodio maniaco: en este se especifican tres niveles de gravedad que comparten la exaltación del humor, y el aumento de la cantidad y velocidad de la actividad física y mental propias del individuo. Donde este criterio diagnóstico sólo es para episodios maniacos aislados.

2. Trastorno afectivo bipolar: El cual está caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos), donde hay excitación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad, así como del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras disminución del mismo.

3. Episodios depresivos: El enfermo que lo padece sufre de una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a. disminución de la atención y concentración.
- b. pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c. ideas de culpa y de ser inútil.
- d. perspectiva sombría del futuro.
- e. pensamientos y actos suicidas o de autoagresividad.
- f. trastornos en el sueño.
- g. pérdida del apetito.

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquier nivel de gravedad se requiere una duración de al menos dos semanas, o ante síntomas excesivamente graves.

4. Trastorno depresivo recurrente: se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión

5. Trastorno persistente del humor (afectivos): se trata de un trastorno persistente del estado de ánimo, que suelen ser de intensidad fluctuante, en los que los episodios

aislados son rara vez los suficientemente intensos como para ser descritos como hipomaniacos o depresión.

6. Otros trastornos del humor: En estos se incluyen los episodios mixtos, recurrentes, breve recurrente y especificado.

7. Trastornos del humor sin especificación: Se usa esta categoría sólo en última instancia, cuando no se pueda usar ningún otro término.

Donde en esta clasificación se han diferenciado los episodios únicos de los trastornos bipolares y otros trastornos con episodios múltiples, porque algunos pacientes padecen únicamente un episodio de la enfermedad. Con respecto a las distinciones entre los distintos grados de gravedad de la depresión, el ICD-10 ha especificado tres grados : depresión leve, moderada y grave.

Para el DSM-III-R los trastornos del estado de ánimo se determinan según el tipo de episodio que lo configure, como en la depresión mayor se realiza cuando han habido uno o más episodios de depresión mayor sin una historia de episodio maniaco o claramente hipomaniaco.

Por esto las subclasificaciones de los trastornos del estado de ánimo son divididos según el DSM-III-R en trastornos bipolares, ya sea mixto, en fase maníaca o en fase depresiva, y los trastornos depresivos. En los trastornos bipolares hay la presencia de uno o más episodios maniacos o hipomaniacos (generalmente con una historia de episodios de depresión mayor). La principal característica de los trastornos depresivos es uno o más episodios maniacos o hipomaniacos.

Hay dos trastornos bipolares: El primero es el trastorno bipolar en el cual hay uno o más episodios maniacos donde la sintomatología esencial se define por un periodo delimitado de tiempo en el que hay un estado de ánimo inconfundible, en el que predomina tanto la euforia como la expansividad y la irritabilidad, habiendo también autoestima excesiva o grandiosidad, disminución del sueño, lenguaje verborreico, fuga de ideas, distraibilidad, aumento de la implicación de actividades dirigidas hacia diversos objetivos, agitación psicomotora. El diagnóstico no se realiza si la alteración está superpuesta a una esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado, y trastorno esquizoafectivo.

El segundo de los trastornos bipolares es la ciclotimia, la cual se presencia dura dos años como mínimo con episodios maniacos o hipomaniacos donde los síntomas esenciales en los episodios hipomaniacos consisten en el predominio durante un periodo diferenciado de tiempo, de un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, es parecida en síntomas al episodio maniaco, excepto en que nunca aparecen ideas delirantes y los demás síntomas tienden a ser más leves que en el episodio maniaco.

Los trastornos con episodio hipomaniaco y de depresión mayor completa denominados algunas veces bipolar II se incluyen en la categoría residual de trastornos bipolares no especificados.

Hay dos trastornos depresivos: La depresión mayor en la cual uno o más episodios de depresión, en la que se presenta durante un periodo de dos semanas como mínimo, habiendo un cambio en la conducta previa y al menos uno de los síntomas es: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o de capacidad para el placer, insomnio, fatiga, sentimientos inadecuados, ideas de muerte recurrentes, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse. Y otra es la distimia (neurosis depresiva), en donde hay una historia del estado de ánimo deprimido por un tiempo de más de dos años como mínimo sin que los dos primeros años del trastorno concuerden con los criterios de episodios de depresión mayor. En muchos casos de distimia se sobreponen depresiones mayores.

VI. LA FAMILIA Y CICLO VITAL

FAMILIA

La familia constituye la primera y más persistente influencia, que envuelve al niño. Todas las experiencias subsiguientes serán percibidas, comprendidas y representadas emocionalmente de acuerdo con las bases establecidas en la familia. Los modos de comportamiento familiar y las formas de reaccionar del niño ante ellos se incorporan tan íntegramente en éste que pueden considerarse determinantes de su estructura constitucional, difícilmente diferenciables de las influencias biológicas, y genéticas con las que se interrelacionan. Las influencias sucesivas podrán modificar las de la familia, pero nunca pueden destruir o modelar nuevamente por entero aquellas experiencias nucleares iniciales.

Biológicamente, la familia sirve para perpetuar la especie. Es la unidad básica de la sociedad que se encarga de la unión del hombre y la mujer, para engendrar descendientes y asegurar su crianza y educación. Provee las bases constitucionales para la personalidad a través de la herencia, y constantemente contribuye a ésta por el ejemplo, la enseñanza, y por la interacción de sus miembros, en una unidad social; con esta unidad el niño está preparado para estar en relación con otras personas y grupos sociales.

La familia no es una simple colección de individuos, constituye el grupo primario, entidad dinámica con la vida, es la principal correa de transmisión para la difusión de las normas culturales a las nuevas generaciones. Transmite en general, la porción de la cultura accesible al estrato y al grupo social en que los padres se encuentran, siendo estos los que socializan a los hijos durante las diferentes etapas del crecimiento. Creándose un vínculo común entre sus integrantes, donde se comparten sentimientos, circunstancias y deseos, formando con todo esto la dinámica familiar.

Los miembros de la familia están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas.

La familia imprime a sus miembros sentimientos de identidad y un sentido de separación.

Estos sentimientos se unen y se proveen en la familia, siendo está la matriz de la identidad. Las relaciones familiares regulan la corriente emocional, facilitan algunos canales de desahogo emocional e inhiben otros.

Es obvio que la familia y la educación que ésta procura al niño varían según la personalidad de los padres. La forma como se produce la enculturación depende en un grado considerable de cómo los padres desarrollaron e interiorizan las normas sociales y la cultura que han pasado a formar parte de su personalidad. Transmiten los modos culturales a sus descendientes mediante el lenguaje que usan, sus formas de relación, los sistemas de valores, el rol que asumen y las expectativas que tienen.

Ackerman (1962) nos dice que por sus observaciones, él asume que la familia socialmente cumple con seis funciones:

1. Provisión de alimentos, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen protección ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.
2. Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.
3. Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquica para enfrentar experiencias nuevas.
4. El moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual.
5. La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.
6. El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

Para Minuchin (1990) la familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. El individuo que vive en el seno de una familia es un miembro de un sistema social al que debe adaptarse.

La familia es un sistema abierto en transformación, es decir, que constantemente recibe y envía descargas desde el medio extrafamiliar y se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta.

Las funciones de la familia sirven según Minuchin (1990) a dos objetivos:

1. Interno: La protección psicosocial de sus miembros.

2. Externo: La acomodación a una cultura y la transmisión de esta cultura.

Una familia se encuentra sometida a presión interna originada en la evolución de sus propios miembros y subsistemas así como a una presión externa originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros familiares.

La respuesta a estos requerimientos, tanto internos como externos, exige una transformación constante de la posición de los miembros de la familia en sus relaciones mutuas, para que puedan crecer mientras el sistema familiar conserva su continuidad. Y la organización dinámica de la familia, así como la integración de la personalidad de los hijos, donde la organización de la familia varía de una cultura a otra y según la clase social que se ocupe en una sociedad. La familia nuclear, no sólo es un grupo realmente pequeño con rasgos distintivos debidos a la naturaleza prolongada e intensa de las relaciones existentes en ella y a sus funciones específicas, sino que su estructura viene determinada, en parte, por el hecho de estar compuesta por dos generaciones y dos sexos (Parson, 1955).

La división en dos generaciones y dos sexos minimiza el conflicto de roles y tiende a formar áreas libres de conflicto en las que el niño inmaduro puede desarrollarse y orientarse hacia roles apropiados.

Todo grupo necesita una unidad de dirección, pero la familia tiene dos cabezas, a saber, el padre y la madre. La unidad de dirección y organización requiere de una unión entre los padres, lo cual es posible por las funciones diferentes, pero interrelacionadas, del padre y de la madre. Para que la familia conduzca al desarrollo integrado de la descendencia, deben formar los cónyuges una unión como padres, mantener los límites entre las generaciones y atenerse a sus respectivos roles según sexos (Lidz y cols., 1957).

Las tempranas experiencias en el hogar tienen hondos y duraderos efectos sobre la adaptación psíquica del individuo, postula que hay pautas familiares de roles y conductas que presentadas por los padres y asimiladas por el niño, predisponen a

este a una u otra perturbación psíquica. Son las actitudes y modos de conducta de los padres lo que "hereda el niño".

Considerada desde los puntos de vista psicológico, social y evolutivo la familia es un campo de personalidades en interacción, cada uno de los cuales se esfuerza por satisfacer sus deseos. Es un sistema de pequeño grupo, organizado internamente con las posiciones apareadas de esposo-padre, esposa-madre, hijo-hermano e hija-hermana.

Las normas que prescriben la conducta apropiada para cada una de estas posiciones especifican de que modo hay que mantener las relaciones recíprocas, así como el modo en que la conducta de rol puede cambiar según la edad de quienes ocupan esas posiciones.

A medida que cambia la composición de la familia según las edades, cambian también las expectativas vinculadas con los roles de edad de quienes ocupan las distintas posiciones dentro de la familia y la calidad de interacción entre los miembros.

Una familia que funciona efectivamente es un sistema social abierto en transformación, que mantiene lazos con lo extrafamiliar, posee capacidad para el desarrollo y tiene una estructura organizativa compuesta de subsistemas.

Para Minuchin (1990) el esquema conceptual de una familia normal presenta tres facetas:

1. Una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando.
2. La familia posee una estructura que sólo puede observarse en movimiento. Se refiere a algunas pautas suficientes para responder a los requerimientos habituales. Pero la fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas, cuando las condiciones internas o externas de la familia le exigen una reestructuración.

Los límites de los subsistemas deben ser firmes, pero, sin embargo, lo suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambien.

3. Una familia se adapta a las adversidades de un modo tal que mantiene la continuidad de la familia al mismo tiempo que permite reestructuraciones. Si una familia responde con rigidez, se producen pautas disfuncionales.

Al conjunto de funciones que organizan la manera como interactúan los miembros de una familia se llama estructura familiar. La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

Las características de la estructura familiar misma dependen en gran medida de las personalidades del padre y de la madre. Donde el niño contempla modos de expresar afecto, de acercarse a los demás, de afrontar conflictos entre iguales, y lo que el presente será parte de sus valores y expectativas cuando entre en contacto con el mundo exterior.

Una familia disfuncional es un sistema que ha respondido a requerimiento internos o externos de cambio estereotipando su funcionamiento, así como se da una escasez de experiencias afectivas compartidas, de una participación menos intensa y de un menor intercambio de información respecto de sí mismo (Minuchin, 1990).

En situaciones patógenas uno de los hijos se puede convertir en el chivo emisario o estar como aliado de un cónyuge contra el otro.

La familia proporciona también la socialización para el rol de enfermo, contribuyendo en la sensación de alienación y de estigma, no siendo el único público que está involucrado en la enfermedad mental, pero debido a su posición de control e influencia, habitualmente es el más imponente de los grupos que ejercen una actividad mediadora entre el acto desviado y el curso de la carrera del paciente.

Bajo condiciones de tensión y conflicto excesivo pueden surgir antagonismos y odios mutuos, amenazando la integridad de la familia. El niño infeliz, frustrado, experimenta odio excesivo y puede identificarse con sus padres sobre una base de odio y miedo, más que de amor, renunciar desafiante a identificarse con ellos, a desarrollar una conciencia patológica por miedo a la retaliación de las fantasías agresivas en contra de los padres, conociéndose a estas como el que si el niño fantasea destruir a

sus padres en forma mágica, el solo fantasearlo cree que pueda ser regresado hacia sí mismo esa fantasía aniquilatoria.

Cuando los padres se odian, el niño esta esclavizado a ponerse del lado de uno de ellos o en contra del otro, provocando esto una pérdida del amor de uno de los progenitores en favor del otro. Causando esto ambivalencia en el niño.

En las familias disfuncionales, los cuerpos y rostros son una muestra del conflicto, ya que los cuerpos se muestran tensos y rígidos, existe una actitud poco amistosa entre cada uno de sus miembros de la familia, no hay alegría, la familia parece estar unida por el deber y sus integrantes apenas se toleran mutuamente. Con frecuencia el sentido del humor es amargo, sarcástico, hasta con un cierto matiz cruel. Dando esto la evitación entre ellos, ya sea por medio del trabajo o de alguna actividad extrafamiliar, para así no tener algún contacto real con la familia, dándose así una comunicación en un doble nivel.

En el triángulo familiar disfuncional los cónyuges no confían en su propia relación marital, ya que cada uno se siente excluido ante el otro, y por lo que el niño tendrá que satisfacer las necesidades adultas que la relación conyugal ha frustrado. Así como los terrores ante el incesto se muestran en realidad como respuestas aprendidas ante un ambiente verdadero y palpable.

Los padres le dan la carga de creer que, en realidad, es el niño quien los mantiene juntos, y le permiten creer que está en sus manos aliviar el dolor conyugal y que él es esencial para la relación de los esposos.

Por esto el hijo oscila entre la omnipotencia y la impotencia, entre la grandiosidad y la renuncia a satisfacer cualquier necesidad individual. Dándole así poca capacidad para predecir lo que sucederá en las relaciones.

Ya que en las familias disfuncionales el progenitor del sexo opuesto al del niño promueve los sentimientos incestuosos a través de expectativas y exigencias que expresa abiertamente. Y el progenitor del sexo igual al del hijo promueve un sentido de culpa respecto a dichos sentimientos, cuando no interviene para separar a su cónyuge y a su hijo; pero al mismo tiempo menosprecia al niño y se retira de él, provocando con esto que el hijo se incline más hacia el progenitor seductor.

El tabú del incesto, por si mismo, causa sólo conflictos menores en el niño. Es la inconsistencia de los padres respecto al tabú la que al mismo tiempo estimula los sentimientos sexuales y aumenta la culpa. (Minuchin, 1990).

Satir y cols. (1961) refiere que en las familias disfuncionales hay separación entre los miembros, la comunicación es encubierta, es decir, esconden sus peticiones, los niños tienen la impresión de que no deben hacer preguntas, las preguntas podrían conducir a discusiones sobre la relación conyugal, y a los esposos les duele demasiado dicha relación para poder discutirla abiertamente, son evasivos, los mensajes se envían "como si" no tuvieran destinatario.

Claro que por lo anterior la ambigüedad está presente, tratando de resolver sus sentimientos conflictivos acerca de si se aman o no. Se necesitan el uno al otro para poder sobrevivir, pero cada uno está sumergido en la incapacidad de sus desilusiones, martirios y se sienten defraudados. Usando sus problemas como una arma y no como un medio de acercamiento (Minuchin, 1990).

En las familias se da lugar a la confusión y distorsión de roles, ya que en las familias patogénicas, como las llama Boszormeny-Nagy (1991), cuando uno o ambos adultos y a la asunción de roles sexuales y generacionales de los niños los cuales son inapropiados, ya que no son vividos como independientes, con toda la gama de sentimientos y actitudes humanas, respondiendo a ellas en forma parcial, ya que la constelación de roles permite que los conflictos internos de cada miembro sean actuados dentro de la familia, antes que dentro de sí mismo, y cada miembro procura encarar sus propios conflictos modificando al otro.

El individuo es disfuncional cuando no ha aprendido a comunicarse en forma apropiada, puesto que no se percibe ni se interpreta a sí mismo en forma correcta y tampoco interpreta en forma correcta los mensajes que le llegan del exterior, las suposiciones en las que basa sus actos son defectuosas y sus esfuerzos por adaptarse a la realidad serán confusos e inapropiados (Bateson y cols., 1956).

Las personas que se comunican en forma disfuncional se comportan como si no se dieran cuenta que generalizan en su discurso, que mandan mensajes incompletos, y que no mandan mensaje alguno, prestandose a que los otros hablen

cuando el habla y de que el mensaje nunca llegue por los canales adecuados ni sea recibido adecuadamente.

Por lo anterior es necesario que hasta en la comunicación se den límites claros, sino hay familias que se vuelcan hacia sí mismas para así desarrollar su propio microcosmos, con un incremento consecuente de comunicación y de preocupación entre ellos, como producto de ello, la diferenciación del sistema familiar se hace difusa (aglutinamiento) pueden verse perjudicadas en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere de un importante abandono de la autonomía, así como de carecer de los recursos necesarios para adaptarse y cambiar bajo circunstancias de conflicto.

Otras familias se desarrollan con límites muy rígidos, la comunicación entre los subsistemas es difícil y las funciones protectoras de la familia se ven así perjudicadas (desligamiento), poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad, pertenencia, e interdependencia.

En familias disfuncionales los límites son caóticos ya que en algunos casos se desarrollan límites muy rígidos y en otras son muy difusos, así mismo, con frecuencia los padres tienen dificultades específicas para el establecimiento de límites. Una consecuencia de esta falla genera un niño inmaduro, infantilizado, con poca tolerancia a la frustración, con baja capacidad de demora, egocéntrico y con un autoestima deteriorada.

Hay familias que parecen haber "elegido" inconscientemente a un niño para que sea el chivo expiatorio y parecen funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo, hay sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia, incapacidad para resolver conflictos, enorme preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos y una rigidez extrema (Boszormeny-nagy, 1991).

En el campo de la salud mental mucho se ha hecho en relación a las familias de pacientes con trastornos psiquiátricos, pero poco se ha hecho con la escala que fue usada en esta investigación y por ello se refiere esta investigación la cual uso la escala Eysenck para investigar la influencia de experimentar dolor previo y los modelos de tolerancia en la familia al dolor, así como los efectos en la personalidad, por ello se les

aplico a los pacientes el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Eysenck Personality Inventory (EPI), y Inventarios de Estados de ansiedad (STAI) de personalidad donde, en una muestra de 126 pacientes exentos de dolor crónico que habían experimentado cirugía torácica.

FUNCIONES PARENTALES

FUNCION DEL PADRE:

El padre juega un esencial rol en el desarrollo del niño, y el niño que crece con una imagen deteriorada del padre tiene repercusiones en su desarrollo, ya sea de una manera u otra.

Para Parson y Bales (1955) encontraron que el padre es el líder de la familia, en los roles, en contra de la expresión integrativa de la madre, por lo tanto un padre (debil-inútil) es más significativo que una madre "debil-inútil" así como una madre "fría-inflexible" es más conflictivo que un padre "frío-inflexible".

Reichard y Tillman (1950) llamaron la atención sobre el ocasional padre "dominante-sádico", y Lidz y cols. (1949) repararon en la inestabilidad de muchos padres de esquizofrénicos.

Lidz y cols. (1957) caracterizó en tres grupos las pautas de personalidad y rol paternal en la familia:

- a) Pasivo, Inmaduro, Retraído
- b) Dominante, sádico
- c) Distante, pomposo, narcisista.

Lidz y cols. (1957) clasificó a los padres de pacientes esquizofrénicos en cinco grupos:

1. Padres de pacientes mujeres que siempre están en constante conflicto con sus esposas, coartando la autoridad con los niños y devaluando su valor como persona, buscando ganarse a la hija para estar de su lado, esperan que sus esposas se conformen dócilmente de su forma peculiar con respecto al mundo y del levantamiento de los niños, probablemente deseando que las esposas estén de acuerdo constantemente con ellos y construyan su propia estima.

Tratan de moldear a sus hijos para llenar sus propias necesidades. Son paranoicos, tienden a desconfiar de todos. Son de temperamento tiránico y habitualmente son crueles en sus actitudes. El padre puede ser sexualmente seductivo. El padre es muy inconsistente y el niño, quién trata de satisfacer, esta confundido con sus demandas.

2. Son rivales de sus hijos por la atención y el afecto de la esposa, mostrándose celosos como hermanos mayores que tratan de opacar. Siendo ellos extremadamente egocéntricos y demandantes de prestigio.

No participan en la cría de los hijos pero interfieren en los esfuerzos de ellos en la crianza, su ineficacia como padres esta disminuida por su ausencia y rechazo del hogar. Su conducta inconsistente, su mal temperamento y sus disturbios crean gran tensión en el hogar.

3. Son padres quienes exaltan el concepto de ellos mismos, con grandiosidad. Estos padres son retirados de sus hijos y físicamente distantes dando la impresión de que sus descendientes no pueden alcanzar su estatura y dando poco o nada de soporte a sus hijos. Las madres son necesitadas como admiradoras, aduladoras y sus atención a sus esposos puede resultar una falta de atención a sus hijos, o inversamente ellas también sienten la distancia de sus esposos y llevan sus vidas completamente juntando o uniendo sus vidas de sus hijos a la de ellos.

4. Padres quienes han fallado en sus vidas y llegan a ser nulidades en el hogar, escasamente participan en la responsabilidad de los hijos. Los hijos tienen falta de padre.

Estos padres llegan a ser figuras patéticas, sin prestigio en la familia y al mismo tiempo tratados con desdén por sus esposas.

5. Son pasivos y demandan poco para ellos mismo, actúan la parte de pequeños hermanos en la familia y aceptan la autoridad creciente de la esposa. No son figuras masculinas para la esposa, que parece que se casaron con ellos porque no querían ser dominadas por un hombre. Son incapaces de hacer valer sus propias necesidades o de expresar cualquier idea concerniente a la crianza de los hijos. Para los hijos estos padres son placenteros, casi como figuras maternas, pero les ofrecen modelos débiles a sus hijos.

Estos padres aceptan sin resentimiento aparente el hecho de que sus hijos son primero para sus esposas y no le impiden al hijo crecer en un rol pasivo el cual llena las necesidades de la madre, para Kaplan (1975) este tipo de padres son inadecuados,

pasivos e indiferentes, también ha sido descrito como violador, amenazador, brutal o aplastante.

FUNCION MATERNA:

Winnicott (1960) observó en la mujer embarazada una creciente identificación con el niño, a quien ella asocia con la imagen de un "objeto interno", un objeto que la madre imagina, se ha establecido dentro de su cuerpo y que pertenece allí a pesar de todos los elementos adversos que existen también en ese ámbito. El bebé significa también otras cosas para la fantasía inconsciente de la madre, pero tal vez el rasgo predominante sea la disposición y la capacidad de la madre para despojarse de todos sus intereses personales y concentrarlos en el bebé; aspecto de la actitud materna que han denominado "preocupación materna primaria".

Y la forma la cual, considera como normal es que la madre supere este estado de preocupación por el bebé equivale a una suerte de destete. El primer tipo de lo que Winnicott (1960) llamaría "madre enferma no puede destetar al niño porque éste nunca la tuvo realmente", de modo que no corresponde aquí hablar de destete; el otro tipo de madre enferma no puede destetarlo, o tiende a hacerlo en forma demasiado brusca y sin tener en cuenta la necesidad que se va desarrollando gradualmente en el niño de ser destetado.

Para Winnicott (1960) la función de la madre suficientemente buena en las primeras etapas de vida de su hijo y que repercuten en forma directa en la vida posterior de un sujeto, son:

1. Sostenimiento (Holding).
2. Manipulación.
3. Mostración de objetos.

1. La forma en que la madre toma en sus brazos al bebé está muy relacionada con su capacidad para identificarse con él. El hecho de sostenerlo de manera apropiada constituye un factor básico del cuidado, cosa que sólo podemos precisar a través de las reacciones que suscita cualquier deficiencia en este sentido. Aquí cualquier falla provoca una intensa angustia en el niño, puesto que no hace sino

cimentar la sensación de desintegrarse, de caer interminablemente, el sentimiento de que la realidad externa no puede usarse como aseguración, y otras ansiedades que en general se describen como "psicóticas".

2. La manipulación contribuye a que se desarrolle en el niño una asociación psicósomática que le permite percibir lo "real" como contrario a lo "irreal".

3. La mostración de objetos o realización promueve en el bebé la capacidad de relacionarse con objetos.

Así una madre positiva para el desarrollo de sus hijos es aquella que es capaz de darse a sí misma emocionalmente al niño cuando cuida de él, sin que tome una actitud negativa ante su papel de madre y sin sentimientos profundos de resentimiento o antagonismo.

Por el contrario una madre negativa sería aquella que no quiere a sus hijos y tiene escasa capacidad para consagrarse a él. Su actitud se denota claramente en el modo de tratar al niño. La maternidad solo es para ella un deber que exige sacrificio y genera resentimiento, produciendo respuestas negativas en ella y en el niño que se siente incómodo ante la actitud de ambivalencia de la madre.

En los primeros meses de vida, el niño experimenta esta hostilidad inconsciente como una amenaza para su bienestar y su integración.

Debido a que continúa habiendo en ella un fuerte apego a sus propias madres, las madres negativas reaccionan frente al hijo con sentimiento análogo a los celos entre hermanos, que se acompaña de accesos de agresividad y una constante rivalidad.

Kaplan (1975) describe a la madre del esquizofrénico como agresiva, dominante, rechazante e insegura. También madres sobreprotectoras perpetuando la unión simbiótica y han asumido el rol de mártires de forma para restringir la libertad del niño y prevenirlo de una expresión directa de hostilidad.

VII. INSTRUMENTO EYSENCK

7.1 ANTECEDENTES DE LA ESCALA EYSENCK

Para Hans, J. Eysenck (1986) en su artículo de la definición de la personalidad, dice que esta, puede ser estudiada bajo un paradigma científico, ya sea tratando de entender principios generales del comportamiento (nomotética), o tratando de entender el comportamiento individual (ideográfico). Para Eysenck observa a la personalidad bajo el dominio de principios nomotéticos .

La función básica de los cuestionarios psicológicos consiste en medir diferencias entre las reacciones del mismo individuo en distintas ocasiones, como es el caso de los inventarios de personalidad, en los que dentro de la terminología psicométrica convencional, son instrumentos para la medida de las características emocionales, motivacionales, interpersonales y de actitudes a diferencia de los cuestionarios de aptitudes (Anastasi, 1966) .

El cuestionario que se utilizará en este estudio , se compone de un cuestionario autodescriptivo de papel y lápiz, apropiado para la aplicación colectiva por sus características particulares, el cual llama: **INVENTARIO DE PERSONALIDAD EYSENCK** de tipo estilístico, ya que su principal tendencia es el desarrollo de una gran variedad de exámenes sencillos y comparativamente objetivos, que requieren actividades perceptivas y de conocimiento o de valoración; que son estructuradas en su propósito de influir los aspectos anteriores. En ellas no se intenta utilizar situaciones complejas semejantes a las de la vida ordinaria o realistas, sino que presentan al sujeto una tarea artificial que tiene poco o ningún parecido con el criterio que ha de predecir (Anastasi, 1966).

Los conceptos centrales de la teoría de Eysenck sobre la conducta son; los Rasgos y los Tipos. Los Rasgos son de una consistencia observable entre los hábitos repetidos o los hábitos comunes que tenga un sujeto, siendo por esto una constelación observada de tendencias hacia la acción, y los Tipos es una constelación observada del rasgo, de la variedad o clase de organización, más inclusiva que el rasgo ''.

Para definir a la conducta Eysenck, en el año de 1954, dividió a esta en : Conducta política, conducta habitual , conducta específica y en esta división el " Tipo " pertenece a la Ideología y el " Rasgo " a la actitud, existiendo respuestas específicas que consisten en una opinión específica del sujeto y ocurre en una sola ocasión. Las respuestas habituales son más generales y consiste o aparece siempre que se presenta el mismo estímulo o en la misma ocasión para hacerlo más claro; es un conjunto de respuestas específicas relacionadas y que existen consistentemente en una misma persona.

Eysenck, en contraste con muchos de sus predecesores, a quienes les bastaba hacer especulaciones referentes a "tipos" útiles para después ilustrar sus especulaciones con ejemplos tomados para la convivencia del mundo cotidiano; a suplido un gran número de medidas objetivas que poseen significado psicológicos, los cuales utilizó para caracterizar sus tipos y sugiere que estos sobrellevan una relación ilógica a la tipología psíquica freudiana, en el sentido de que el "ello" aparecería para dominar en el caso del extrovertido, mientras que el "super yo" aparece más fuerte en el caso del introvertido.

7.2 DATOS DEL INVENTARIO:

El comprobar el grado en que un particular modelo teórico de la personalidad podría hallarse repetido en diferentes países y culturas. Ensayos en esta línea han encontrado algún apoyo en el hecho de que el modelo usado tiene, validez universal. El modelo de personalidad de la escala Eysenck está basado en la observación de que existen tres dimensiones principales de la personalidad que han aparecido en estudios realizados, como es el realizado en 25 países en donde se confirmó la validez que hay de la escala Eysenck en la medición de la personalidad, no solo en Inglaterra, sino también en países como España, Australia, Brazil, y Bangladesh entre otros (Barrett, P. y Eysenck, S., 1984), el cual esta validación fue hecha por factores de comparación, donde al haber validez también hubo que omitir ciertas preguntas que fueron encontradas inapropiadas.

El cuestionario de personalidad de Eysenck (CPE) fue estandarizado en Inglaterra, y a partir de entonces un número considerable de estudios transculturales

han establecido que las escalas del CPE pueden ser aplicadas en otros países. (Eysenck y Eysenck, 1975).

El cuestionario está basado en un modelo de tres dimensiones de la personalidad: Neuroticismo (N), Psicoticismo (P) y Extroversión (E). El modelo puede considerarse como jerárquico, ya que describe tres grandes dimensiones que subdivididas en niveles más bajos, evalúan rasgos más específicos que, a su vez, pueden subdividirse en hábitos de reacción o en instancias conductuales. La medida en que pueden considerarse estas tres dimensiones como las más básicas o elementales, dependerá del nivel que se escoja para describir la personalidad. Este instrumento es el apropiado para estudiarla a un nivel elevado de la jerarquía. Según los autores, a este nivel de "super - rasgos", es más fácil obtener réplicas variadas (Eysenck, S., y Lara, A. 1989).

Las tres dimensiones que mide el instrumento, N, P y E, se refieren a conductas normales, no a síntomas, pese a que la terminología usada es de naturaleza psiquiátrica. Las escalas también difieren mucho de aquellas que miden patología como las del MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad, de Minnesota), en tanto que las escalas del CPE se refieren aquellos rasgos de personalidad que subyacen a la conducta, los cuales se consideran patológicas solamente en los casos extremos. Una cuarta escala, de Deseabilidad Social o de Mentiras (L), intenta medir una intención de falsificar las respuestas, siendo esta una escala control, midiendo también la tendencia de algunas personas aparecer como "socialmente aceptables".

En cuanto a las investigaciones hechas con este cuestionario destacan las hechas por Rosenthal y cols (1990) en pacientes inhaladores donde encuentran en ellos un rasgo de ser impulsivos (altos puntajes en P), introvertidos (bajo en E), y ansiosos (alto en N), en comparación con pacientes alcohólicos los cuales obtuvieron puntajes altos en la escala de deseabilidad social (L).

7.3 CARACTERISTICAS DE LAS ESCALAS EXTRAVERSION-INTROVERSION (E).

En ésta escala se observa que el típico extravertido es sociable, le gustan las fiestas, tiene muchos amigos, necesita contar con gente con quien hablar, y no le gusta leer o estudiar solo. Necesita emociones, se arriesga a veces en extremo, actúa según el ánimo del momento, y es generalmente un individuo impulsivo. Es muy dado a hacer bromas, siempre tiene lista una respuesta, y generalmente le gusta el cambio; es despreocupado, plácido, optimista, y le gusta " reír y estar alegre ". Prefiere mantenerse activo y haciendo cosas, tiende a ser agresivo y pierde el control rápidamente; sus sentimientos no están del todo bajo control, y no siempre es una persona de fiar (Eysenck y Lara, 1989).

En el otro extremo esta el introvertido. Este es una persona callada, aislada, introspectiva, es más aficionado a los libros que a las personas; es reservado y distante excepto con sus amigos íntimos. Tiende a planear el futuro, y desconfía del impulso del momento. No le gustan las emociones fuertes, toma los problemas de la vida diaria con seriedad, y le gusta un estilo de vida ordenado. Mantiene sus sentimientos bajo control, rara vez se comporta de manera agresiva y no pierde fácilmente la compostura. Es de fiar, algo pesimista, y da gran valor a las normas éticas.

Entonces, si en ésta escala el sujeto arroja altas puntuaciones en extraversión es indicativo de una persona sociable, al que le gustan las actividades sociorecreativas, tiene muchas amistades, necesita tener gente con quien hablar, no le gusta leer ni estudiar por sí mismo, aprovecha las oportunidades; el típico introvertido por otro lado es quieto, amante de los libros más que de la gente, es reservado y distante excepto con los amigos íntimos, planea y desconfía de los impulsos del momento (Lara y Verduzco, 1990).

Entonces se podría decir que en esta escala los sujetos introvertidos se conforman de (Zuckermann, Kyhlman y Camac, 1988):

- a. Una tendencia para desarrollar ansiedad y síntomas de depresión caracterizados por tendencias obsesivas, cuadros de irritabilidad, apatía que sufren una habilidad del sistema autónomo.**
- b. Sus sentimientos son fácilmente dañados, y tienen conciencia de si mismos.**
- c. Nerviosos.**
- d. Con sentimientos de inferioridad.**
- e. Volubles.**
- f. Sueñan despiertos fácilmente**
- g. Se mantienen retirados en situaciones sociales y por lo general sufren de insomnio.**
- h. Su inteligencia es comparativamente elevada, al igual que su vocabulario, con la clara tendencia a la persistencia.**
- i. Son personas precisas pero lentas.**
- j. Su nivel de aspiraciones es indebidamente alto pero tienden a bajar en su producción.**
- k. Son algo rígidos, demuestran poca relación interpersonal, ya que sus preferencias se inclinan hacia lo silenciosos y con un aire conservador.**
- l. En la creación estética, producen diseños compactos, tendiendo siempre a un tema en concreto.**
- m. Carecen de sentido del humor.**

En comparación con los sujetos extrovertidos, se encuentra una tendencia para desarrollar síntomas típicos de la historia de conversión, así como (Zuckermann, Kyhlman y Camac, 1988):

- a. Demuestran poca energía, e intereses estrechos.**
- b. Tienen una mala historia laboral.**
- c. Tienden a la hipocondría.**
- d. De acuerdo a su propio informe se sienten turbados y tartamudean.**
- e. Sus esfuerzos y sus respuestas son bastante buenas, aunque su inteligencia es comparativamente baja, con bajo vocabulario y poco persistentes.**
- f. Tienden a ser rápidos pero imprecisos son malos para los trabajos minuciosos.**

g. Su nivel de aspiración es bajo pero tiende a mejorar su propio funcionamiento, no son rígidos y demuestran una gran variabilidad en sus relaciones interpersonales.

h. Sus preferencias estéticas van hacia lo colorido, de tipo modernista.

i. Disfrutan del escuchar chistes.

NEUROTICISMO-ESTABILIDAD (N).

De acuerdo a la teoría de Eysenck (1975) ésta escala se refiere a diferencias individuales en inestabilidad y vulnerabilidad ya que se quiebran ante el stress. Esta escala describe a la persona típicamente malhumorada y preocupada, irritable, nerviosa, aprehensiva, tensa, y depresiva. Reacciona con gran intensidad a todo tipo de estímulos y se le dificulta recobrar su serenidad después de que ha experimentado una reacción emocional. Sus reacciones desproporcionadas interfieren con un ajuste adecuado, haciéndola conducirse en forma irracional y a veces rígida.

Los individuos estables, por otro lado, usualmente responden con más lentitud y con poca intensidad. Recobran fácilmente la compostura son generalmente calmados, mantienen el control y son confiados.

Entonces esta escala mide el continuo entre labilidad y estabilidad emocional, así altos puntajes obtenidos por una persona en N son indicativos de que es un individuo ansioso, que tiende a preocuparse, que se deprime frecuentemente, sufre de desórdenes psicosomáticos, fuertemente emotivo, puede tornarse irritable. Del otro lado de este continuo se encuentra el individuo que es emocionalmente estable, el cual es calmado, controlado y despreocupado (Lara y Verduzco, 1990).

PSICOTICISMO (P).

Eysenck ha señalado que a pesar de que haya llamado originalmente a su escala psicoticismo esto no quiere decir que mida patología psicótica, porque su instrumento no es para uso diagnóstico sino de evaluación de personalidad y que los conceptos que más bien quedarían englobados en el término de psicoticismo son "esquizoide", "psicopatía", "desórdenes conductuales" aunque él piensa que la esquizoidia y la psicopatía son dos entidades psiquiátricas muy relacionadas y que

pacientes presentando estos cuadros de enfermedad mental, obtienen puntuaciones altas en la escala de P (Eysenck, 1975).

Esta categoría se refiere a la típica persona con un alto componente de psicotismo o dureza es fría , impersonal, hostil, agresiva , poco empática, poco amigable, poco digna de confianza, ruda, sin modales , ansiosos , poco servicial, e insensible. Le gustan las cosas extrañas y peculiares, no se percata del peligro y le gusta divertirse a costa de los demás . Los psicóticos y criminales obtienen puntajes altos en ésta escala (Howarth, E. 1986).

Una persona que obtiene un alto puntaje puede ser descrita como solitaria, a quien no le importa la gente, es frecuentemente impertinente, puede ser cruel e inhumana, carece de sentimiento y empatía, es hostil con otros aun con conocidos y familiares, tiene gusto por cosas extrañas e inusuales y no le asusta el peligro, empatía, sentimientos de culpa, sensibilidad por otros individuos son algo ajeno a ellos.

DESEABILIDAD SOCIAL O MENTIRAS:

Las respuestas a estas pruebas son influenciadas por las necesidades de la persona de dar una imagen favorable de sí misma.

Cronbach (1946) define las respuestas de deseabilidad social como una forma sistemática de responder a los reactivos de una prueba, independientemente del contenido de la misma, y que contribuye de manera importante al error de varianza.

Con el fin de detectar la confiabilidad de las respuestas, se han incluido escalas idóneas en los inventarios de personalidad, como son las F, K y L del MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) y la escala L del cuestionario de personalidad de Eysenck (1975).

Recientemente se ha considerado la deseabilidad social como un componente central de la personalidad. Desde esta perspectiva, la deseabilidad social se entiende como una manifestación de la necesidad de aprobación social. Marlowe y Crowne (1961) afirman que es de suma importancia identificar la necesidad de la persona frente a la situación de prueba, así como la influencia que ejerce dicha necesidad. De esta manera, la deseabilidad social no será sólo un factor de influencia causante de

error, restringido a la situación de evaluación psicométrica, sino un predictor relevante de la conducta de una persona en contextos más amplios.

Heilbrun (1964) plantea que la deseabilidad social es producto del proceso de socialización, y la persona que está respondiendo en forma socialmente deseable, está intentando responder de manera apropiada y de modo aceptable a su propia cultura.

Se ha sugerido que la deseabilidad social se compone de diversos factores. La primera distinción es entre los factores "atribución" y "negación" (Millham, 1974). El primero se refiere a la tendencia a adjudicarse conductas socialmente deseables, y el segundo, a negar que se tengan conductas indeseables. Otro modelo propone los factores "autoengaño" y "manejo de imagen" (Frenklen-Brunswick, 1939). El primero se refiere a que la persona cree, en efecto, en su respuesta favorable; el segundo, a que la persona maneja conscientemente la impresión que desea dar. Paulhus (1984) hace una revisión interesante respecto a estos aspectos, y proporciona mayor apoyo empírico hacia el segundo par de factores.

Una limitación que se ha encontrado en algunas escalas de deseabilidad social, como las del MMPI, es que éstas no son independientes de los aspectos psicopatológicos. En un intento por superar esta limitación, Marlowe y Crowne (1961) diseñaron una escala de deseabilidad social con reactivos que incluyen un mínimo de patología o de implicaciones de anormalidad. Los reactivos representan "conductas culturalmente sancionadas o aprobadas, pero con poca probabilidad de ocurrencia".

Esta es una escala de validez que intenta medir la tendencia de algunos sujetos a aparecer como personas "deseables socialmente". Zuckermann y cols., 1988 han demostrado que la disimulación puede detectarse muy adecuadamente al notar la relación entre N (neuroticismo) y L (mentira), cuando la correlación es relativamente alta.

7.4 ADAPTACION Y VALIDACION DEL CPE

En México fue llevado a cabo un estudio transcultural de la aplicación de Eysenck en muestras mexicanas, con el objetivo de primero, obtener la validez de constructo y la confiabilidad del Cuestionario de la personalidad de Eysenck (CPE) en una población de adultos mexicanos; segundo, comparar los resultados

obtenidos en México con los de Inglaterra, ya que este cuestionario tiene su origen en ese lugar de Europa; y tercero, obtener una versión validada para México del CPE. Una muestra de 474 hombres y 514 mujeres mexicanas, de $36.99 + 15.45$ y $38.14 = 15.23$ años, respectivamente, completaron el instrumento traducido al español. Las comparaciones de los factores, usando el procedimiento de componentes principales y extrayendo los primeros cuatro factores, de Psicoticismo (P), Extroversión (E), Neuroticismo (N) y Deseabilidad Social o Mentiras (L) mostraron una gran similitud entre México e Inglaterra, siendo los valores de 0.91 a 0.97.

La introducción de algunos cambios en la calificación de las escalas para México produjo coeficientes de confiabilidad bastante aceptables en el rango de 0.68 a 0.67. Por otra parte, las correlaciones entre las escalas mostraron valores razonablemente bajos.

Los resultados obtenidos sugieren que el CPE puede ser utilizado en México con la guía de calificación apropiada, así como también refuerzan la evidencia, basada en las investigaciones que se han hecho en numerosos países, de que P, E, N y L son constructos psicológicos que pueden ser medidos de manera válida y confiable (Kline P. Barrett, PT, 1983).

También se obtuvieron guías de calificación que especifican los reactivos confiables y apropiados para cada escala y esto fue por medio de la inspección de los pesos factoriales de los reactivos incluyéndose sólo aquéllos con pesos adecuados en cada escala. Por otra parte, se hicieron comparaciones entre mexicanos e ingleses, encontrándose diferencias importantes entre los dos países; en México, tanto los hombres como las mujeres obtuvieron puntuaciones mayores en P, E y L mientras que las mujeres inglesas las obtuvieron mayores en N. Encontrándose así Lara y cols. (1992) resultados alentadores en cuanto a la validez interna y confiabilidad del instrumento.

En sus resultados de los reactivos dio interpretación a los resultados en cada una de las escalas donde la escala N los reactivos comprendidos en esta escala se presentan en la tabla 1 (anexo 1).

La comunalidad encontrada fue de 7.18, lo que representa el 28.7% de la varianza total. En cuanto al análisis factorial de la escala, los resultados mostraron un factor principal que explicó el 23.86% de la varianza con pesos factoriales positivos mayores de .30. Este análisis mostró varios contenidos de la escala, como preocupación (12, 36, 40, 79), sentimientos de nerviosismos y decaimiento (3, 7, 44, 64, 82), e irritabilidad, sentirse sólo y harto (16, 24, 68, 86). Los reactivos con pesos débiles en la escala fueron 52, 59, y 72.

El coeficiente de confiabilidad para la escala fue de 0.85.

Tomando esta información como base, así como la del estudio anterior (Eysenck y Lara, 1989), se decidió reanalizar los datos eliminando de la escala los reactivos 52, 59, 72, 75. Los nuevos análisis con los reactivos restantes mostraron una comunalidad de 6.41, lo que representa 30.5% de la varianza total. En el análisis factorial, el primer factor explicó el 27.52% de la varianza y todos los reactivos mostraron pesos positivos arriba de .34. El coeficiente de confiabilidad para la escala fue de 0.85.

De la escala E, los reactivos de esta escala se presentan en la tabla 2 (anexo 1), la comunalidad fue de 4.82, lo que representa el 21.9% de la varianza total. El análisis factorial de la escala mostró buena consistencia interna de la misma, agrupándose las preguntas en un solo factor que explicó el 22.6% de la varianza, con reactivos con pesos factoriales positivos y superiores a .30. Las excepciones fueron los reactivos 62, 70 y 72.

El coeficiente de confiabilidad fue de 0.80.

Tomando esta información como base, así como la del estudio anterior (Eysenck y Lara, 1989), se decidió reanalizar los datos eliminando de la escala los reactivos 30, 38, 62, 70, 72. Los nuevos análisis mostraron una comunalidad de 4.20, que representa el 24.7% de la varianza total. En el análisis factorial el primer factor explicó el 27.22% de la varianza, con todos los reactivos con pesos positivos arriba de .38. El coeficiente de confiabilidad fue de 0.82.

La escala P, en sus reactivos incluidos están en la tabla 3 (anexo 1), donde el poder de discriminación de los reactivos fue bajo en una tercera parte de los casos (2, 6, 9, 19, 29, 55, 59, 78, 90, 97).

La comunalidad para esta escala fue de 4.68, lo que representa el 15.6% de la varianza total. El análisis factorial mostró un factor principal que explicó el 13.08% de la varianza; la mayoría de los reactivos obtuvieron pesos factoriales adecuados, excepto el 2, 6, 9, 55, 59, 63, 78 y 90. Los contenidos de la escala pueden delimitarse como frialdad (11), impulsividad y oposición a normas sociales (13, 29, 47, 51, 81) y contenidos paranoides (31, 71, 97).

El coeficiente de confiabilidad fue de 0.73.

Los reactivos que se eliminaron en los análisis subsecuentes fueron el 2, 6, 9, 19, 55, 59, 63, 78, 90. Los resultados mostraron una comunalidad de 3.59, lo que representa el 16.3% de la varianza total. El análisis factorial mostró que el primer factor explicó el 15.4% de la varianza y todos los reactivos obtuvieron pesos positivos superiores a 24. El coeficiente de confiabilidad fue de 0.73.

De la escala de L, los reactivos incluidos en esta escala se presentan en la tabla 4 (anexo 1), en relación con la discriminación, se vió que sólo dos reactivos (4, 73) tuvieron un valor inferior a .70.

La comunalidad de la escala fue de 4.78, lo que representa 21.1% de la varianza total. En el análisis factorial de la escala, todos los reactivos tuvieron un valor positivo de .30 o más. El primer factor explicó el 22.27% de la varianza.

El coeficiente de confiabilidad fue de 0.83.

Los reactivos que se eliminaron para los nuevos análisis fueron el 4, 13, 29, 73. (Los tres primeros obtuvieron pesos casi igual en P y E en los hombres) (Eysenck y Lara, 1989). Los nuevos análisis mostraron una comunalidad de 4.1, lo que representa el 21.5% de la varianza total. El análisis factorial mostró que el primer factor explicó el 25.23% de la varianza y todos los reactivos obtuvieron pesos positivos superiores a .32. El coeficiente de confiabilidad fue de 0.83.

VIII. JUSTIFICACION

Aunque los aspectos tanto hereditarios, como genéticos de los trastornos mentales hayan sido ampliamente investigados, la carencia de resultados consistentes ha dado lugar a la necesidad de estudiar todos los aspectos involucrados en el desarrollo de estas patologías.

Bajo una perspectiva que contemple los estímulos sociales durante el desarrollo, sabemos que los primeros contactos del ser humano son los padres. Consideramos importante conocer las características paternas que influyen o crean factores que condicionan la formación del individuo e influyen para el desarrollo de ciertas patologías como son: la esquizofrenia, los trastornos bipolares y la farmacodependencia.

Los trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, síndrome orgánico cerebral secundario a inhalantes (SOC. sec. Inhalantes), y trastorno bipolar, son padecimientos comunes en la práctica psicológica y médica. Es relevante mencionar que representan el mayor número de los internamientos en hospitales psiquiátricos.

El planteamiento de la influencia de los padres en los trastornos psiquiátricos de algunos miembros de la familia, ha quedado manifiesta en la revisión de los antecedentes. Se sabe que los rasgos de personalidad influyen en aspectos relacionados con la dinámica familiar, la cual es la cultura donde se forma el sujeto. Por esto, se considera importante estudiar los rasgos de personalidad en grupos de padres de pacientes que comparten la misma enfermedad psiquiátrica, buscando las características de personalidad comunes a ellos, y las diferencias entre los padres de pacientes con distinta patología.

IX. OBJETIVOS

1. Determinar el perfil de rasgos de personalidad comunes entre los padres de pacientes con diagnósticos de: esquizofrenia paranoide, síndrome orgánico secundario a inhalantes y trastorno afectivo bipolar.

2. Establecer si existen rasgos similares entre los padres de pacientes con la misma patología, y diferentes de los padres de pacientes con otro diagnóstico, además de los controles.

3. Contar con un instrumento válido para la cultura mexicana para el diagnóstico acertado de rasgos de personalidad.

4. Sabiendo que el instrumento está validado, entonces poder describir las diferencias que censa entre grupos.

X. HIPOTESIS

Dentro de los rasgos de los super factores en Eysenck se espera encontrar rasgos de personalidad diferentes en los padres de los pacientes esquizofrénicos paranoides, de los padres de pacientes con síndrome orgánicos cerebrales y de los padres de los pacientes con trastornos bipolares. Las diferencias importantes estarán comparadas con los padres de los pacientes no psiquiátricos (control).

10.1 HIPOTESIS ESTADISTICAS

Ha: No hay semejanzas significativas entre los progenitores de pacientes con trastornos psiquiátricos comparados con el grupo control.

Ho: Las características de personalidad de los progenitores de pacientes con un trastorno Psiquiátrico específico, permiten diferenciarlos como un grupo semejante entre sí y diferentes de los demás.

XI. METODOLOGIA

11.1 DISEÑO

-Tipo de estudio: **COMPARATIVO; EX-POSTFACTO** (patología ya existente en los hijos).

-Agente de estudio: **PERSONALIDAD DE LOS PADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, SOC. SEC. INHALANTES, TRASTORNOS BIPOLARES Y PADRES DE PACIENTES NO PSIQUIATRICOS COMO GRUPO CONTROL.**

El diseño del estudio será basado en un estudio comparativo ex-postfacto, es decir, es una búsqueda sistemática empírica en la que no se tiene control sobre las variables independientes, porque ya acontecieron sus manifestaciones, o por ser intrínsecamente no manipulables.

Se compararon varias cohortes para intentar definir sus características de personalidad:

- a. *PADRES DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS*
- b. *MADRES DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS*
- c. *PADRES DE PACIENTES CON SOC. SEC. INHALANTES*
- d. *MADRES DE PACIENTES CON SOC. SEC. INHALANTES*
- e. *PADRES DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR*
- f. *MADRES DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR*
- g. *PADRES DE PACIENTES NO PSIQUIATRICOS*
- h. *MADRES DE PACIENTES NO PSIQUIATRICOS*

11.2 VARIABLES

Las variables involucradas en este estudio son:

11.2.1 VARIABLES DEPENDIENTES :

Los rasgos de personalidad que arrojen cada uno de los padres en el cuestionario de personalidad de Eysenck (CPE).

11.2.2 VARIABLE INDEPENDIENTE:

Padres de pacientes que hayan tenido por lo menos un internamiento previo, y que estén acudiendo a consulta externa con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, síndrome orgánico cerebral inducido por inhalantes, trastornos bipolares, diagnosticados en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez según los criterios diagnósticos del CIE-10 y del DSM-III-R, y los padres de pacientes de un hospital de Traumatología (control).

11.2.3 VARIABLES DE CONTROL :

11.2.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1. Nivel Socioeconómico:** Deberán tener un nivel socioeconómico bajo (percibir 2 o 3 salarios mínimos).
- 2. Edad:** Edades entre 40 a 70 años aproximadamente.
- 3. Escolaridad:** Teniendo que tener ambos padres , por lo menos, una escolaridad de primaria.
- 4. Diagnósticos:** Deberán tener a sus hijos hospitalizados con alguno de éstos diagnósticos; esquizofrenia paranoide, soc. sec. inhalantes y trastorno bipolar.
- 5. Otros:** Se buscará que exista relación consanguínea.
- 6. Aspectos laborales:** No importará la actividad laboral de los padres.

**7. Estado Civil: -Soltero; sujetos que no hayan contraído matrimonio civil ni religioso.
Y que no vivan con ninguna pareja actualmente.**

- Casado; persona que haya contraído, ya sea civil o religiosamente sin disolverlo.

- Otra; Unión Libre, separado o viudo.

11.2.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION :

- Familiares de pacientes con problemas demenciales.

- Familiares mayores de 70 años de edad.

11.3 MUESTRA

La muestra estuvo compuesta por 40 padres de pacientes esquizofrénicos paranoides, 13 padres de soc. sec. inhalantes, 25 trastornos bipolares descritos en el DSM-III-R y 35 padres de controles no psiquiátricos. La muestra se obtuvo de los padres cuyos hijos estaban asistiendo a consulta externa en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". La muestra control se obtuvo de familiares que sus hijos no hubiesen padecido enfermedad psiquiátrica alguna en el hospital de Traumatología de Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Que en total hacen un equivalente de :

Padres de Esquizofrénicos Paranoide:

20 Padres y 20 Madres = 40 padres

Padres de pacientes con SOC. SEC. Inhalantes :

3 Padres y 10 Madres = 13 padres

Padres de pacientes bipolares:

8 Padres y 17 Madres = 25 padres

Padres del grupo control

15 Padres y 20 Madres = 35 padres

Total: 113 sujetos

11.4 ESCENARIO

A los padres de pacientes sin patología psiquiátrica, se les aplicó el instrumento en la sala de juntas del Hospital IMSS de Traumatología, y a los padres de pacientes con trastornos psiquiátricos se les aplicó en el consultorio de su médico tratante.

11.5 INSTRUMENTO

El instrumento que se empleó en el presente estudio fue el cuestionario de personalidad Eysenck (Anexo 1).

11.5.1 PROCEDIMIENTO

Se dio información del estudio a los padres de los pacientes y se pidió el consentimiento informado de la finalidad de sus respuestas, el cual firmaron los padres de las muestras.

Al finalizar la aplicación del Eysenck en las muestras, se pasó a hacer el vaciado de los datos obtenidos en las calificaciones de las diferentes escalas Eysenck, con la finalidad, para después pasar a realizar el análisis estadístico, obteniéndose así los resultados que se muestran más adelante.

11.6 CRITERIOS DE ANALISIS

No se considerarán para el análisis los aspectos de la dinámica familiar, ni aspectos comunicacionales y/o perceptuales entre los padres y el paciente.

El análisis buscará inicialmente, censar diferencias entre los grupos de la muestra, para evaluar la capacidad del instrumento para discernir entre familiares de pacientes psiquiátricos y familiares sin estos pacientes.

En el caso de que el instrumento encuentre diferencias entre los grupos de familiares, se evaluarán las diferencias por grupo, comparándolas entre esquizofrénicos Vs. orgánicos, además de contra los bipolares y controles. Con este tipo de comparaciones, se pretende plantear los rasgos de personalidad que pudiesen ser característicos de los padres por grupo de enfermedad mental.

11.7 ANALISIS ESTADISTICO

Para comparar los resultados obtenidos por medio del CPE, de la muestra de padres de pacientes, se utilizará un análisis de varianza (AVAR-FISHER). También se realizará la comparación de las tres muestras de este estudio, contra la muestra control, utilizando el mismo análisis, además de pruebas no paramétricas diseñadas para muestras múltiples (Kruskall-Wallis) (Glass y Stanley, 1970).

XII. ASPECTOS ETICOS

Se obtuvo la participación voluntaria de cada uno de los padres de estas muestras, explicándoles que la finalidad del trabajo era realizar un estudio, para lo cual, sería anónima su participación. Previo a que los padres contestaran el instrumento, se registró la anuencia mediante una carta de consentimiento informado, la cual se anexa (Anexo 2), donde ellos autorizaban en forma incondicional el contestar el cuestionario.

Posterior a esto se les dio las instrucciones pertinentes y se comprobó que quedasen claras al aplicar el instrumento.

XIII. RESULTADOS

13.1 RESULTADOS POBLACIONALES.

La muestra de padres fue reclutada a partir de Octubre de 1993, considerándose finalizada en Agosto de 1994.

Se entrevistaron a 151 padres de pacientes con los trastornos psiquiátricos antes definidos, de los cuales, solo 113 cumplieron los criterios de inclusión para fines de la presente investigación. Los padres que no se incluyeron fueron por inconsistencia diagnóstica.

Las características de los padres contenidos en las muestras, se presentan en las tablas I a la V.

TABLA I. TAMAÑO DE LA MUESTRA POR DIAGNOSTICO. El tamaño de cada cohorte dependió de la disponibilidad de los familiares que acudieron acompañando a su paciente. Posiblemente sea reflejo de la coparticipación en el tratamiento.

COHORTES

PADRES DE PACIENTES CON:

	<i>PADRES</i>	<i>MADRES</i>
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	20	20
TRASTORNO BIPOLAR	8	17
SOC. SEC. INHALANTES	3	10
CONTROLES	15	20

TABLA II. OCUPACION POR SEXO Y POR COHORTE. Los datos se muestran con números totales y se hizo la conversión a porcentajes para fines comparativos.

MADRES DE PACIENTES

	<i>LABORAN</i>	<i>NO LABORAN</i>
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	5 (25%)	15 (75%)
TRASTORNO BIPOLAR	1 (7%)	16 (93%)
SOC. SEC. INHALANTES	3 (30%)	7 (70%)
CONTROLES	1 (5%)	19 (95%)

PADRES DE PACIENTES

	<i>LABORAN</i>	<i>NO LABORAN</i>
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	20 (100%)	-
TRASTORNO BIPOLAR	8 (100%)	-
SOC. SEC. INHALANTES	3 (100%)	-
CONTROLES	15 (100%)	-

TABLA III. ESCOLARIDAD POR SEXO Y POR COHORTE. Los números representan el promedio de años de escolaridad por muestra y por cohorte, +/- la desviación estandard.

COHORTES

	<i>PADRES</i> (años)	<i>MADRES</i> (años)
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	5.1 +/- 4.4	3.45 +/- 3.9
TRASTORNO BIPOLAR	4.25 +/- 2.81	4.8 +/- 4.3
SOC. SEC. INHALANTES	10.6 +/- 6.12	1.9 +/- 1.51
CONTROLES	6.2 +/- 5.1	4.9 +/- 2.3

TABLA IV. MEDIA DE EDAD POR COHORTE Las edades que se muestran son el promedio de los individuos de cada cohorte, +/- la desviación estandar.

COHORTE	EDAD	
	PADRES (años)	MADRES (años)
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	57.85 +/- 7.1	57.65 +/- 9.3
TRASTORNO BIPOLAR	56.62 +/- 7.4	54.5 +/- 8.01
SOC. SEC. INHALANTES	60.66 +/- 8.3	54.5 +/- 7.5
CONTROLES	56.4 +/- 8.08	52.05 +/- 7.06

TABLA V. ESTADO CIVIL POR SEXO Y POR COHORTE. La tabla contiene el número de sujetos con un determinado estado civil por cohorte y por sexo. Las siglas significan: *CA.* : Casado (a), *SO.*: Soltero (a), *VI.* : Viudo (a), *DI.*: Divorciado (a), *U.L.*: Union Libre.

COHORTE

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

	<i>CA.</i>	<i>VI.</i>	<i>SO.</i>	<i>U.L.</i>	<i>DI.</i>
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	10	7	-	1	2
TRASTORNO BIPOLAR	6	1	-	-	1
SOC. SEC. INHALANTES	2	-	-	1	-
CONTROLES	15	-	-	-	-

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES

	<i>CA.</i>	<i>SO.</i>	<i>VI.</i>	<i>DI.</i>	<i>U.L.</i>
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	9	1	5	4	1
TRASTORNO BIPOLAR	14	-	2	-	1
SOC. SEC. INHALANTES	3	1	6	-	-
CONTROLES	13	2	2	3	-

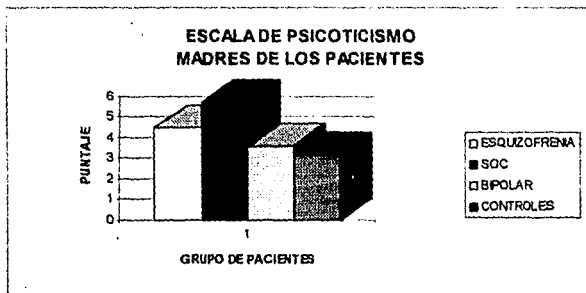
13.2 RESULTADOS DE LA APLICACION DE LA ESCALA EYSENCK

Los resultados de cada una de las escalas, fueron agrupados de acuerdo a los grupos de padres o de madres, tanto de los pacientes psiquiátricos como los del grupo control.

13.2.1 COMPARACION POR ESCALA EN MADRES DE PACIENTES:

ESCALA DE PSICOTICISMO

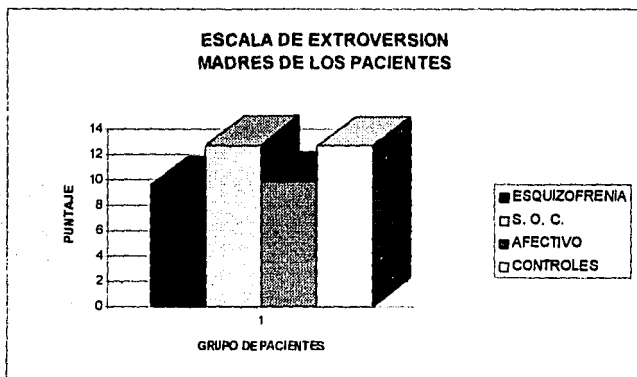
En esta escala se observaron diferencias en los promedios de los puntajes. Los más altos fueron el grupo de madres de pacientes con S.O.C. y madres de pacientes con esquizofrenia. Es interesante que las madres de los pacientes esquizofrénicos no fueron las que obtuvieron el puntaje mayor, a pesar de ser la escala de psicoticismo. Como se esperaba, las madres del grupo control, obtuvieron el promedio de puntaje menor.



GRAFICA #1. Se muestran comparativamente los resultados de la escala de psicoticismo de las madres de los pacientes psiquiátricos y las del grupo control.

ESCALA DE EXTROVERSION

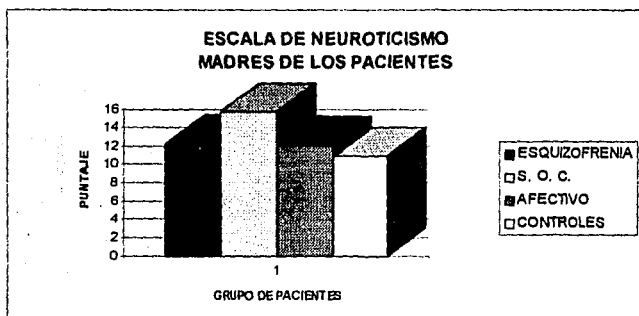
En las muestras de S.O.C y controles hubo promedios de puntajes similares, superiores a los grupos de esquizofrénicos y de trastornos bipolares.



GRAFICA #2. Esta gráfica muestra comparativamente los resultados de la escala de extroversión, de las madres de los pacientes psiquiátricos y los pacientes control.

ESCALA DE NEUROTICISMO

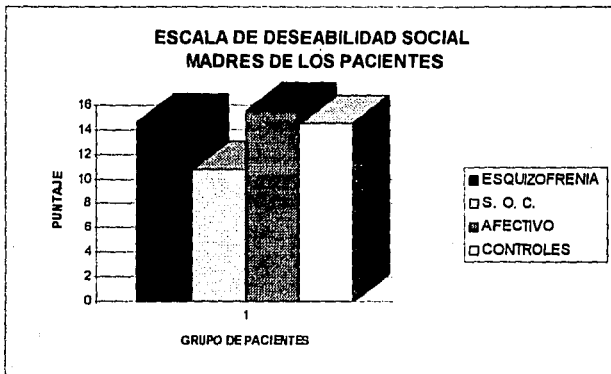
En esta escala, se observó que, tanto las madres de los esquizofrénicos como las de los bipolares, tuvieron un promedio similar al de las madres de los pacientes control, no así, las madres de los pacientes con SOC, cuyo promedio es significativamente mayor a los controles.



GRAFICA #3. Resultados de la escala de neuroticismo, comparando los diferentes grupos de pacientes psiquiátricos y los pacientes control.

ESCALA DE DESEABILIDAD SOCIAL

En esta escala se encontraron puntajes similares en las madres de los pacientes esquizofrénicos, bipolares y controles, mientras que las madres de los pacientes con SOC tuvieron un promedio estadísticamente significativamente menor.

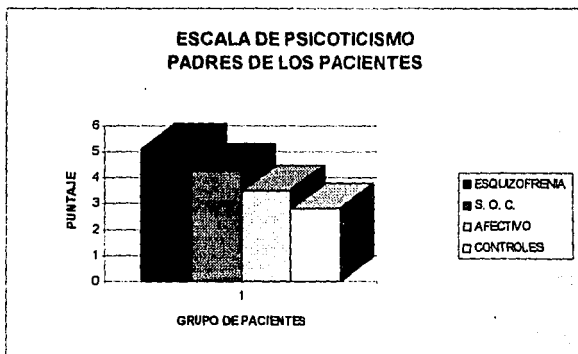


GRAFICA #4. Resultados de la escala de discapacidad social (lies), comparando las madres de pacientes psiquiátricos y las de pacientes control.

13.2.2 COMPARACION POR ESCALAS EN LOS GRUPOS DE PADRES DE LOS PACIENTES:

ESCALA DE PSICOTICISMO

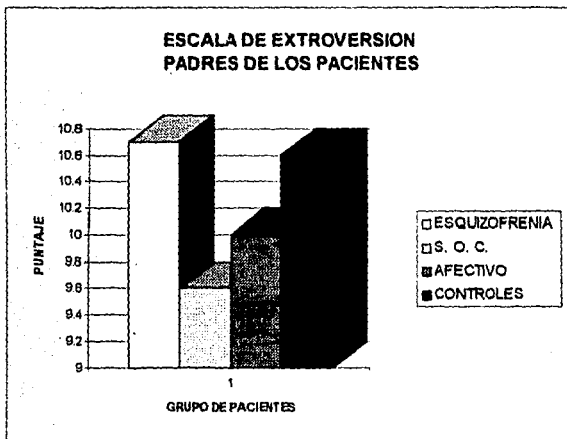
En esta escala el promedio mayor fue de los padres de pacientes esquizofrénicos, lo que contrasta con los resultados que se observaron en los grupos de madres en esta misma escala, en las que el puntaje mayor fue en las madres de los pacientes con SOC. Por otro lado, de modo igual que en las madres, el puntaje menor se encontró en el grupo de los padres de los controles no psiquiátricos.



GRAFICA 5.- Resultados de la escala de psicoticismo en los padres de los pacientes psiquiátricos y los controles.

ESCALA DE EXTROVERSION

Como se puede observar, no hubo diferencias significativas en los promedios de los puntajes de las muestras.

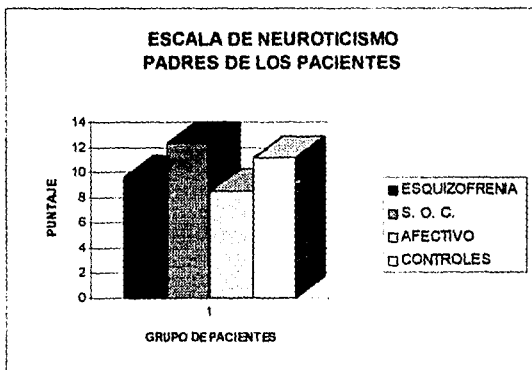


GRAFICA 6.- Resultados de la escala de extroversión, comparando los grupos de padres de los pacientes psiquiátricos y los controles.

NOTA: La escala de la gráfica fue seleccionada para ver en detalle las diferencias, sin embargo, si consideramos la longitud supuesta de cada barra, entendemos que las diferencias no alcanzan significancia estadística.

ESCALA DE NEUROTICISMO

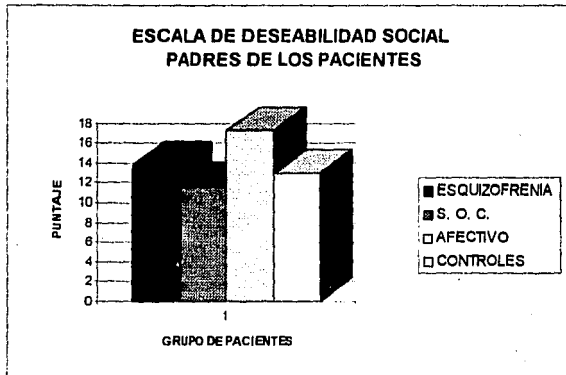
En la escala de neuroticismo las muestras de padres de los pacientes esquizofrénicos y los bipolares, resultan con puntaje menor a los controles, a diferencia de los padres de los farmacodependientes que resultan ligeramente superiores.



GRAFICA 7.- Resultados de la escala de neuroticismo en los grupos de padres de los pacientes psiquiátricos y los controles.

ESCALA DE DESEABILIDAD SOCIAL

Se aprecia una tendencia a puntajes mayores en el grupo de padres de pacientes bipolares a diferencia de los padres de pacientes con SOC. y esquizofrenia, tuvieron puntajes similares al grupo control.



GRAFICA 8.- Resultados de la escala de discapacidad social (*lies*) en los grupos de padres de pacientes psiquiátricos y controles.

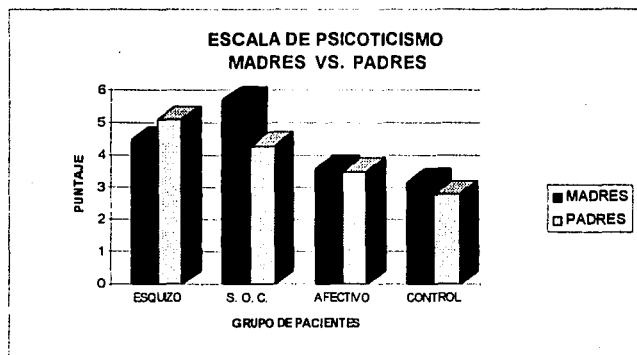
13.2.3 COMPARACION POR ESCALAS DE MADRES VS.

PADRES. En esta parte de los resultados, veremos el resultado de las escalas, comparando a las madres contra los padres de los pacientes.

PSICOTICISMO

En esta escala hubo una notoria diferencia en los puntajes de las madres de pacientes con S.O.C. y los padres de pacientes esquizofrénicos, ambos grupos, mostraron tener los puntajes más elevados en promedio.

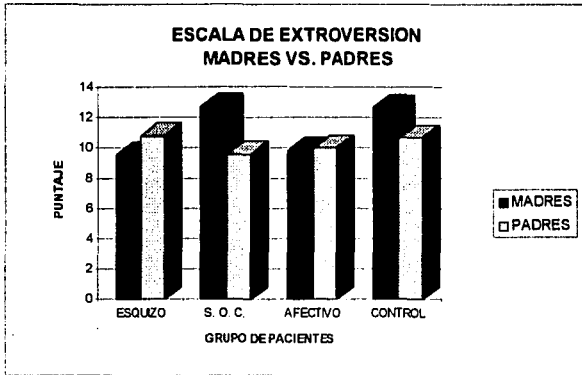
Los puntajes más bajos fueron de los controles padres y madres de los pacientes no-psiquiátricos, seguidos como de los pacientes bipolares.



GRAFICA 9.- Resultados de la escala de psicoticismo, comparando a las madres contra los padres por cada grupo de enfermedad tanto psiquiátrica como no-psiquiátrica.

EXTROVERSION

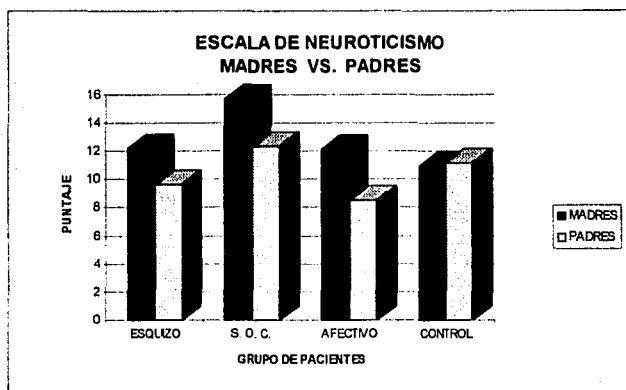
En esta grafica llama la atención los puntajes similares de las madres tanto de los pacientes S.O.C, como las de pacientes no-psiquiátricos. Las madres de los pacientes esquizofrénicos y bipolares tuvieron promedios similares a los de los padres.



GRAFICA 10.- Resultados de la escala de extroversión, comparando las madres contra los padres de cada grupo, tanto psiquiátricos como no-psiquiátricos.

NEUROTICISMO

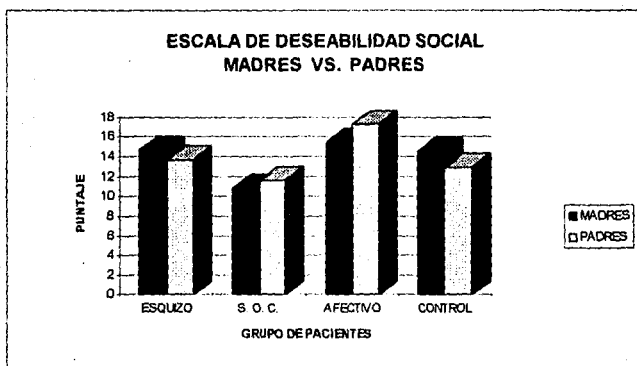
Se encontraron promedios de puntajes elevados en el grupo de las madres de S.O.C y puntajes bajos en los padres de pacientes afectivos y esquizofrénicos. El resto de la muestra mostró diferencias significativas.



GRAFICA 11.- Resultados de la escala de neuroticismo, comparando madres contra padres de cada grupo de enfermedad tanto psiquiátrica como no-psiquiátrica.

DESEABILIDAD SOCIAL

En la escala de discapacidad social fueron los padres de los pacientes bipolares los que mostraron la tendencia de tener puntajes más altos que el resto de las muestras, contrastando contra los padres y madres de los S.O.C. que fueron los promedios más bajos de todos.

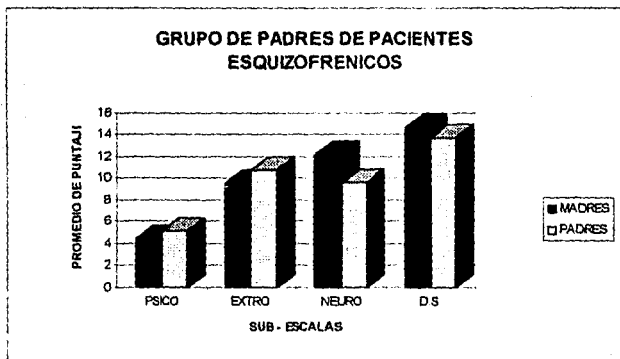


GRAFICA 12.- Resultados de la escala de discapacidad social (lies), comparando a las madres contra los padres por cada grupo de enfermedad tanto psiquiátrica como no-psiquiátrica.

13.2.4 DIFERENCIAS POR SEXO DE LOS GRUPOS. En esta parte de los resultados, se mostrará la comparación de los padres contra las madres de cada grupo de enfermedad, para censar las diferencias que pudiera haber en el conjunto de resultados de la escala Eysenck.

ESQUIZOFRENICOS

En este grupo, la única diferencia significativa se encontró en la escala de neuroticismo; en las demás no se encontraron diferencias significativas.

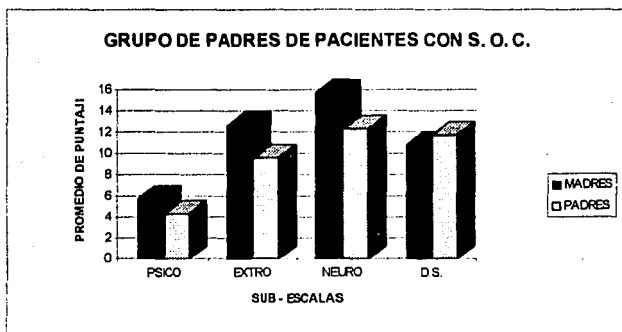


GRAFICA 13.- Se muestra el resultado de los puntajes de padres y madres de pacientes esquizofrénicos, mostrando cada escala por pares.

SINDROME ORGANICO CEREBRAL (S.O.C)

INDUCIDO POR INHALANTES

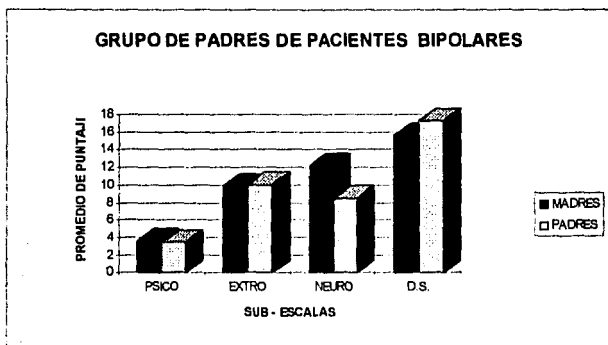
En neuroticismo, psicoticismo, extroversión, hubo diferencias significativas con puntajes mayores en las madres, aunque hubo una similitud en los puntajes de discapacidad social.



GRAFICA 14.- Se muestra el resultado de los puntajes de padres y madres de pacientes con síndrome orgánico cerebral por inhalantes, mostrando comparativamente cada escala con sus respectivos pares.

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

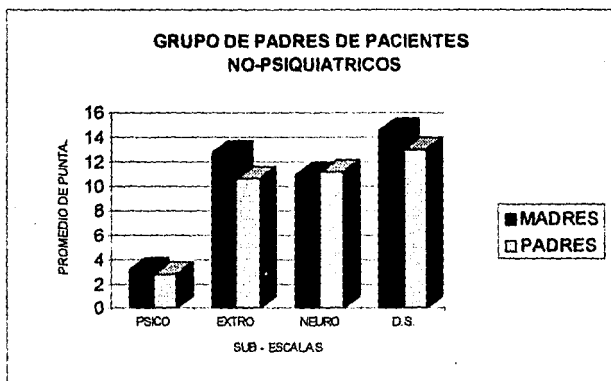
La única escala que registra diferencias por sexo, fue la de neuroticismo, en donde los puntajes más elevados fueron en las madres de los pacientes.



GRAFICA 15.- Se muestra el resultado de los puntajes de padres y madres de pacientes con trastorno afectivo bipolar, mostrando comparativamente cada escala pareando madres con padres.

NO-PSIQUIATRICOS

Se encontraron diferencias significativas en las escalas de extroversión y deseabilidad social. En las de psicoticismo y neuroticismo, al promedio de los puntajes fueron similares.

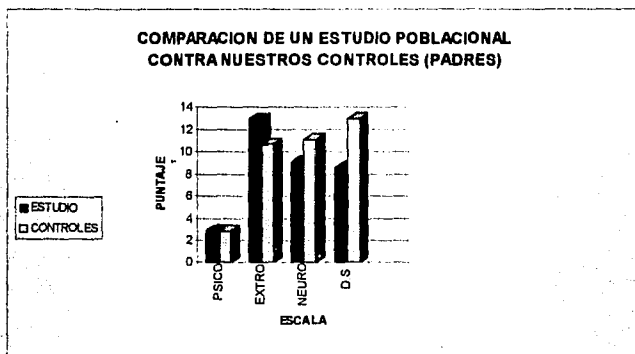


GRAFICA 16.- Se muestra el resultado de los puntajes de padres y madres de pacientes no psiquiátricos, comparando cada escala por pares, madres contra padres.

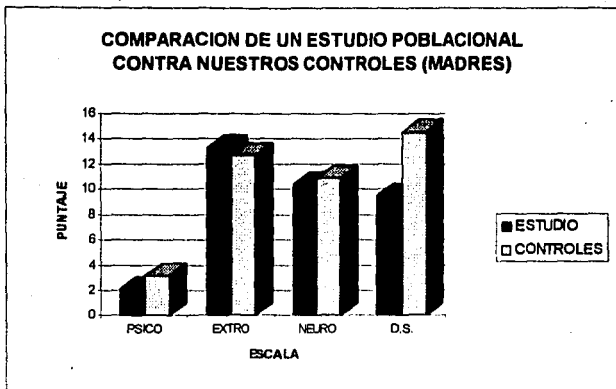
XIV. DISCUSION

Para saber que tan confiables fueron los controles que se realizaron en la muestra de padres de pacientes no psiquiátricos se compararon las medias de estos controles con los resultados reportados por la Dra. Asunción Lara (1989 y 1990).

En las gráficas se observan resultados similares entre las madres controles con las mujeres del estudio referido por Lara (1990), salvo en la escala de discapacidad social en donde nuestros controles tuvieron puntajes significativamente menores, para el estudio de Lara. Esta diferencia en discapacidad social se repite en los padres controles que tuvieron promedios significativamente mayores que los varones en el estudio de Lara.



GRAFICA 17.- Comparación de los resultados reportados por Asunción Lara contra los padres de los controles no psiquiátricos de este estudio.



GRAFICA 18.- Comparación de los resultados de Asunción Lara contra las madres de los pacientes no psiquiátricos de este estudio.

Esto significa que los controles del estudio que se realizó para esta tesis, tuvieron la tendencia de ser más sinceros. Esta diferencia puede ser producto de las diferentes poblaciones utilizadas; el estudio de Lara fue realizado en una población con edades entre 36.9+/-15.4 años en los hombres, mientras que las mujeres tuvieron 38.14+/-15.2 años. En el estudio de esta tesis, se estudiaron sujetos de mayor edad en promedio, con la responsabilidad de una familia y obviamente con diferentes expectativas sociales.

Sería interesante saber si estas diferencias tienen fundamentación únicamente en la edad, o la influencia posible de los cambios por la situación familiar, ya que se carece de estudios al respecto, tanto en lo individual como en grupos sociales como familias, clanes, etc.

Por otra parte, la comparación del estudio de Lara con nuestros controles en el resto de las escalas, no muestra diferencias importantes, por lo que se infiere que los controles de este estudio son comparables al resto de la población mexicana de su misma edad, sexo y circunstancias.

Un factor que fue cuidado importantemente, fue controlar el aspecto de la hospitalización, por el estrés que esto significa en la familia. Tanto los grupos de pacientes psiquiátricos como el grupo de pacientes control, estaban sometidos a la tensión por hospitalización.

Al comparar Padres vs. Madres en las diferentes escalas, fueron sobresalientes varios fenómenos: la escala que correlacionó mejor con la psicopatología fue la escala de neuroticismo, en donde los padres de pacientes no psiquiátricos arrojaron puntajes semejantes entre padres y madres, mientras que en los otros subgrupos se observó que los promedios de las madres, siempre era superior a los promedios de los padres. De acuerdo con Eysenck esto probablemente signifique una mayor inestabilidad familiar y las madres tener como características: inestabilidad, vulnerabilidad, aprehensividad, irritabilidad, tensas y depresivas.

En la escala de psicoticismo, al comparar todas las muestras de padres contra madres, fueron sobresalientes los promedios de los padres de pacientes esquizofrénicos y aún más los de las madres de pacientes con síndrome orgánico cerebral por inhalantes (S.O.C). De acuerdo con Eysenck esto significaría que las madres de los S.O.C. y los padres de los esquizofrénicos deben ser rígidos, insensibles, y egocéntricos.

En lo que respecta a las madres de los S.O.C este grupo siempre resultó con el puntaje más alto en todas las escalas, salvo en la de deseabilidad social, lo que de acuerdo con Eysenck estas madres deben ser personas que buscan cubrir las expectativas sociales, lo que las lleva a falsificar las respuestas en búsqueda de aprobación social.

Las madres de S.O.C. mostraron ser más inestables, lo que sugiere la posibilidad de que su contribución a la psicopatología familiar sea mayor que los otros grupos estudiados de madres.

Los padres de pacientes esquizofrénicos, en comparación con las madres, es el grupo con mayores puntajes en la escala de psicoticismo. Sin embargo, por la teoría de las madres esquizofrenógenas, se esperaban puntajes más altos en esta escala en las madres de los pacientes esquizofrénicos. Parece ser que los elementos psicopatológicos como rigidez, dureza, frivolidad, impersonalidad, hostilidad, agresividad y poca

empatía, reflejan más la actitud de los padres que de las madres de éste grupo de pacientes.

Estos resultados cuestionan las hipótesis anteriores, por lo que deberán ser comprobados en investigaciones exhaustivas al respecto, por la posibilidad de que la hipótesis de las madres esquizofrenógenas no sea confirmada en nuestro país, siendo más "esquizofrenógena" la actitud de los padres de estos pacientes.

Para Eysenck las madres en esta escala los puntajes altos denotan inestabilidad, vulnerabilidad, predisposición a quebrarse ante el stress, mal humor, en las madres de S.O.C, en diferencia con los de control que arrojan puntajes bajos y denotan más estabilidad, responden con mas lentitud, calma y control.

En los padres de S.O.C salen mas altos igual que las madres pero aquí los controles no son los mas bajos sino que los padres de trastornos afectivos son los mas bajos.

XV. CONCLUSIONES

Por medio de esta investigación se infiere la utilidad de la escala de Eysenck para explorar los rasgos de la personalidad en muestras de pacientes psiquiátricos y/o sus familiares.

También se puede destacar que por los rasgos de personalidad evaluados por esta escala, los padres de pacientes esquizofrénicos mostraron mayor inestabilidad que las madres de este grupo, lo que pone en duda la teoría de las "madres esquizofrenógenas".

Por otro lado, destaca la necesidad que tuvieron las madres de pacientes con S.O.C. de mostrarse como "normales" ante los demás, ya que falsificaban las respuestas. Esto resulta interesante, ya que este grupo fue el que tuvo resultados sugerentes de mayores problemas en su personalidad.

XVII. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Dentro de las limitaciones que esta investigación ha tenido, es la dificultad de la variable no controlada (la ansiedad que el internamiento podría llegar a generar en los padres de los pacientes). Por lo que se sugiere que al retomar esta investigación para aplicaciones posteriores se tome en cuenta este aspecto.

Por otro lado la realización de investigaciones con otras poblaciones pueden corroborar los datos en relación a la utilidad del instrumento Eysenck, así como el comparar datos y enriquecer el conocimiento que se tiene con respecto a este tema tan polemico y controvertido para el campo de la salud mental..

XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **ABRAHAM, K.:** Breve estudio del desarrollo de la libido a la luz de los trastornos mentales, Buenos Aires, Revista de Psicoanálisis, Vol.XII, 20-30, 1955.
2. **ACKERMAN, N.:** Family psychotherapy and psychoanalysis: the implications of differences, Family Process 1, 30-43, 1962.
3. **ACKERKNECHT, E.H.:** A short history of psychiatry, Hafner Publishing Co., Londres, 1959.
4. **ALLPORT, G.W.:** Personality and Social encounter, Beacon Press, Boston, pp. 220, 1960.
5. **ALONSO, F.:** Compendio de Psiquiatría, Ed. Oteo, Madrid-España, pp. 393-402, 1978.
6. **ALAPIN:** Trichlorethylene addiction and its effects, Br. Journal Addict., vol. 68, pp.331-335, 1973.
7. **ALLISTER, C.L. LUSH, M. OLIVER, J.S y al.:** Status epilepticus caused by solvent abuse, Br. Med. J., 283, 1981.
8. **ANTHONY, E.J. y BENEDECK, T.:** Parenthood-its psychology and psychopathology, Boston: little brown, 1970.
9. **ANASTASI, A.:** Test Psicológicos, Editorial Aguilar, México, 451-481, 1966.
10. **ANDREASEN, C. N.:** Special Report : " Schizophrenia 1987", U.S department of health and human services public health service, reprinted from Schizophrenia Bulletin, Vol.13, No. 1, Maryland-Rockville, 1-30, 1987.
11. **BARRET, P. y EYSENCK, S.:** The assesment of personality factors across 25 contries, Person and individ. diff. Vol.5, No. 6, 615-632, imp.en Gran Bretaña, 1984.
12. **BATESON, G. JACKSON,D. HALEY J. WEATLAND J.:** Toward a communication theory of schizophrenia, Behavioral science,1:1, 251-264, 1956.
13. **BERRETINE, W.H.:** Genetic factors in affective illness, J.Psychiat. Res. Vol.38, No. 4, 1984.

14. **BIBRING, E.:** The mechanism of depression, Ed. P. Greenacre, affective disorders, N.Y. International Univ. Press. 1953.
15. **BLEICHMAR, H.:** La depresión, un estudio psicoanalítico, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1980.
16. **BLEULER, E.:** Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias, International Universities Press, New York, 1911.
17. **BOWERS M.B.:** Central Dopamine turnover in schizophrenic syndromes, Arch. Gen. Psychiatry, 1974.
18. **BOOR, J.W. y HURTING, H.J.:** Persistent cerebellar ataxia after exposure to toluene, Ann. Neurol. 2, 440-442, 1979.
19. **BSZORMENYI-NAGY, I. y FRAMO, J.L.:** Family concept of hospital treatment of schizophrenia, En J. Masserman (dir). Current psychiatric therapies, vol. II. N.Y.: Grune y stratton, 159-166, 1988.
20. **BSZORMENYI-NAGY, Ivan y col.** Terapia Familiar, México, Ed. Trillas, 1988, pp.65, 85, 257-263, reimpr. 1991.
21. **BURTON, R.:** Tratado Anatomía de la melancolía, 1630.
22. **CAMPARO, M.C.:** La institución familiar no escapa a la crisis general, Medico Moderno Vol. XXI, No. 7, Marzo, 1983.
23. **CARPENTER, William:** Approaches to knowledge and understanding of schizophrenia, Maryland Psychiatric Research Center, Baltimore, 1987.
24. **CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE-10):** descripciones clínicas y pautas para el diagnostico, Organización Mundial de la Salud, pp. 97-112, 113-140, 141-168, 1992.
25. **CERVERA, E.S.:** Un signo de nuestro tiempo; Las drogas, Ed. rensa Española, España, 1975.
26. **CHAVEZ, M. y cols.:** Drogas y Pobreza, 2a. reimpresión , Ed. Trillas, 1983.
27. **COHEN, M.B., BAKER, G., FROMM-REICHMANN, F. y WEIGERT, E.V.:** An intensive study of twelve cases of manic-depressive psychosis, Psychiatry 17:103, 1954.

28. **COLEMAN, S.B.:** *Incomplete mourning and addict Family Transactions: National Institute on drug abuse, March, 1980.*
29. **CONNEL:** *Ether drinking in Ulster. q.j. Stud. Alcohol 26, 629-653, 1965.*
30. **CONADIC.:** *Programa contra la farmacodependencia, ed. Secretaría de salubridad y asistencia, 1994.*
31. **CRONBACH, L.:** *Response sets and test validity, Educational Psychological Measurement, 6: 467-494, 1946.*
32. **CROW, T.J.:** *Dopamine and schizophrenia, De. Lancet, 2:563, 1976.*
33. **DE LA GARZA y cols.:** *estudio psicológico, familiar y social del paciente inhalador, Inhalación voluntaria de disolventes industriales, 406-423, 1977.*
34. **DEUTSCHE, H.:** *The psychology of manic-depressive state, N.Y. Int. Univ. Press, 1933.*
35. **FHRENWALD, J.:** *Neurosis en la familia, Siglo XXI, México, 43-52, 1967.*
36. **ERIKSON, E.H.:** *Identity, youth and crisis. N.Y; Norton, 1968.*
37. **ERLENMEYER-KIMLING y cols.:** *A taxometric analysis of cognitive and neuromotor variables in children at risk for schizophrenia, Journal of abnormal Psychology, Vol.98, No.3, 203-208, 1989.*
38. **EYSENCK, S. y LARA C. M.:** *Un estudio transcultural de la personalidad en adultos mexicanos e ingleses, Revista Salud Mental, V.12, No.6, 14-20, 1989.*
39. **EYSENCK, H.J.:** *The Psychology of politics, Londres: Routledge, 1954.*
40. **EYSENCK, H.J. y EYSENCK, S.B.:** *Manual de Eysenck cuestionario de personalidad, Hoder St. Ltd. 1975.*
41. **EYSENCK, H.:** *Can personality study ever be scientific, Journal of Social Behavior and Personality, 1, 3-19, 1986.*
42. **ELSTON R.C.y CAMPBELL, M.A.:** *Schizophrenia: Evidence for the major gene hypothesis, Behavior Genetic, 1:310, 1970.*
43. **EVERETT, G.M. y TOMAN, J.E.:** *Mode of getion of frav wolfia alkaloids and motor activity, Psychiatry, vol.1, (7), 234-243, 1989.*

44. FEDERN: Manic-depressive psychosis, en: Ego psychology and the psychoses, Londres, Iraago, 1953.
45. FENICHEL, O.: Teoría Psicoanalítica de las neurosis, Ed. Paidós, Argentina, 4a. impresión, México, 1989.
46. FENICHEL, O.: Depresión and mania. In: W. Gaylin (ed). The meaning of despair, N.Y, Science House, 1968.
47. FESSEL, W.S.: Interaction of multiple determinants of schizophrenia. Arch. Gen. Psychiat. 11:1, 1964.
48. FISBURN G.J., DAVIS, D.H.: The social background of young addicts as elicited in interview with their parents. Acta Psych. Scand, 48, 1972.
49. FOUCAULT, M.: Historia de la locura en la época clásica, Tomo I, Editorial Fondo de cultura económica, pp. 8, 54, 61-117, 1964.
50. FOUCAULT, M.: Enfermedad mental y personalidad, Ed. Paidós, 3a. reimpresión, 29-43, 49-63, 1990.
51. FRENKLEN-BRUNSWICK, E.: Mechanism of self deception. Journal of social psychology 10: 409-420, 1939.
52. FREUD, S.: Obras completas . De. Amorrortu, Argentina, Vol. 12, 1-13, 1911-13.
53. FREUD, S.: Duelo y melancolía, Obras completas, Ed. Biblioteca, Nueva España, 1915.
54. FREUD, S.: del Yo y el Ello, neurosis y psicosis, Obras Completas, Ed. Amorrortu, Argentina, México, 1923-1924.
55. FREUD, S.: The aetiology of the neuroses, En the standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Ed. Strachey, J., London, Hogarth y Inst. Psychoanalysis, Vol.1, p.175., 1983.
56. FREEMAN, T.: Observations on mania. Int. J. Psychoanal. 52: 479, 1971.
57. FRIEDHOFF, A.J. y VAN WINKIE E.: The isolation and characterization of a compound from the urine of schizophrenia. Nature 194: 897, 1962.

58. FROMM-REICHMANN, F.: *Principles of intensive Psychotherapy*, Univ. of Chicago Press, 1950.
59. GLASS, G. V. y STANLEY, J.C.: *Método estadístico aplicado a las ciencias sociales*, Ed. Prentice Hall, 1970.
60. GAY, B., GLASER, H.: *Inhalation psychosis and related states*, Arch. Con. Psychiat. March, 14; 1988.
61. GUARNER, E.: *Psicopatología clínica y tratamiento analítico*, Editorial Porrúa, México, 1978.
62. GRIESINGER, W.: *Mental Pathology and Therapeutics*, en *The Development of Traditional Psychopathology*. Altschule, M. Halsted Press Book. 1974.
63. GOLDMAN, H.: *Psiquiatría General*, Ed. Manual Moderno, 315-326, 1987.
64. HALL, T.E.: *La dimensión oculta*, Ed. Siglo XXI, 12a. edic., pp. 204-219, 1972.
65. HEATH R.G., GUSCHWAN A.F, GOFFEY J.W.: *Relation of taraxein to schizophrenia*, Dis. Nerv. Syst., 1970.
66. HEILBRUN, A: *Social learning theory, social desirability and MMPI*, Psycho. Bulletin, 61: 377, 1964.
67. HIGUCHI, H.: *Experience of amphetamine and other drug abuse in Japan*. In : Brostrom h. Larsson T. y Ljungstedt N (ed.) *Drug dependence-treatment evaluation* , Stockholm, Almquist y Wiksell, pp. 28-39, 1973.
68. HOWARTH, E.: *What does Eysenck's psychoticism scale really measure?.* British Journal of Psychology, Pp. 223-227, Printed in Great Britain, 1986.
69. KALLMANN, F.S.: *Genetic Principles in maniac-depressive psychosis*, J. Zubin y P. Hoch (eds.), *Depression* N.Y.: Grune y Stratton, 1954.
70. KAPLAN, H. y SADOCK, B.: *Compendio de Psiquiatría*, 2a. edición, Editorial Salvat, Barcelona- España, pp. 231-269, 286-335, 270-279, 1975.

71. KASANIN, J. KNIGHT, E. y SAGE, P.: The parent-child relationships in schizophrenia, *J. nerv. ment. Dis.* 79, 249- 263, 1934.
72. KATAN, M.: Mania and the pleasure principle: primary and secondary symptoms, Ed. P. Greenacre, *affective disorders*, N.Y. Int. Press, 146, 1953.
73. KENDELL, R.E.: The classification of depression: A review of contemporary confusion, *Brit. J. Psychiat.*, 129, 15-28, 1976.
74. KETY, ROSENTHAL y WENDER: The transmission of schizophrenia, Oxford, Pergamon Press, 1968.
75. KERLINGER: Investigación del comportamiento técnico y metodología, Ed. Interamericana, México, 1975, p. 268.
76. KIDD K. y CAVALLI-SORZA L.: An analysis of the genetics of schizophrenia. *Social Biology*, 20:254-265, 1973.
77. KING, M.D., DAY, R.E. OLIVERM J.B.: Solvent encephalopathy, *Br. Med. J.* 283, 663-665, 1981.
78. KLEIN, M.: El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos, Ed. Horme, 1940.
79. KLEIN, M.: The psychoanalysis of children. London: Hogarth Press, 1932.
80. KLINE, P. BARRET, P.T.: The factors in personality questionnaires among normal subjects. *Advances in behavioral research and therapy*, 141-202, 1983.
81. KOLB, L.: *Psiquiatría clínica moderna*, México, Ed. La prensa médica, 1973.
82. KOROBKIN, R. ASBURY, A.K. Summer A.J. y al.: Glue-sniffing neuropathy *Arch. Neurol.* 32, 158-162, 1975.
83. KRAEPELIN, E.: *Lectures on clinical psychiatry*, translated by T. Johnstone: Balliere, Tindall and Cox., 1899.
84. KRAEPELIN, E.: *Manic-depressive insanity and paranoia*, translated by M. Barclay, Edinburg, Livingstone, 1921.

85. LACAN, J.: El estadio del espejo, Teoría de la constitución de la realidad, conferencia del XIV congreso Psicoanalítico Internacional, Marienbad, 1936.

86. LANGE, J.: La reacción endógena y los desórdenes reactivos, en Bumke, O. Tratado de las enfermedades mentales, 1928.

87. LARA, A. y VERDUZCO, M.: Manual para el uso del cuestionario de personalidad Eysenck en México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Reporte Interno Noviembre, 1990.

88. LARA, M. CORTES, J. y VERDUZCO, M.A.: Datos adicionales sobre la validez y confiabilidad del cuestionario de personalidad de Eysenck en México, Rev. Mex. de Psicología, IMP, Vol. 9, Num.1, 1992.

89. LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J.B.: Diccionario de Psicoanálisis, Barcelona, Ed. Labor, 1971.

90. LEONHARD y col.: Die. Temperamento en familiares de monopoles y bipolares psicóticos, Psiquiatría y neurología (Basel), 143: 416-434, 1962,

91. LIDZ, TH. y LIDZ, R.W.: Family environment of schizophrenic patients, Marital schism and marital skew, American Journal Psychiatry, 106, :332-345, 1949.

92. LIDZ, TH, CORNELISUN, A. FLECKS, S. y TERRY, D.: The intrafamilial environment of schizophrenic patients II, Marital schism and marital skew, American Journal Psychiatry, 114, 241-248, 1957.

93. LIDZ, TH.: Family organization and personality structure, in The family and human adaptation: three lectures, International Universities press, N.Y., 1963.

94. MARLOWE y CROWNE: Social desirability and resulting Psychology, 25: 109-115, 1961.

95. MADDEN, J.S.: Alcoholismo y farmacodependencia, Ed. Manual Moderno, 242, 1986.

96. MAHLER: Separación - individuación, Ed. Bibl. de Psicología profunda, 1975.

97. MAISONNEUVE: Psicología Social, Vol.458, Ed. Paidós, 37-52, 1985.

98. MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-III-R) REVISADO, (1988), Editorial Masson .

99. MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM-IV), 1995, De. Masson.

100. MARTINI, D.: Aspectos en epidemiologicos pacientes con trastorno mental relacionado con el uso y abuso de sustancias toxicas en un hospital psiquiatrico, UNAM, 1989.

101. MEDOC: Depresión, Revista sistema educativo profesional, pag. 22, 1980.

102. MEDINA M. M. y Cols.: Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores en la ciudad de México, Salud Mental Vol.5, Num. 1, 1984.

103. MEDINA, M.: Drug use in Latinoamérica, A review of literature paper prepared under request of PAHO; 1985.

104. MINKOWSKI, E. y BLEULER, E.: La Shizophrenie, Primera Edición, Payot, 1927.

105. MINUCHIN, S.: Familia y Terapia familiar, Ed. Gedisa, pp. 18, 30-52, 3a. reimpression, 1990.

106. MILLHAM, J.: Two components pf need for approval score and their relationship to cheating following success and failure, Journal of research in personality 8: 170, 1974.

107. MMPI. MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY: Publicado por la corporación Psicologica, N.Y. 1970

108. PAULHUS, D.: Two component models of socially desirable responding. Journ of personality and social psychology, 46: 598-609, 1984.

109. PARREAU, S.J.: Esquizofrenia, Medicine tratado de medicina practica, No. 35 , Primera Serie , México, 1988.

110. PARSONS, T. y BALES, R.F.: Family, socialization and interaction process, Free press, Glencoe, 1955.

111. PIAGET, J.: The childs conception of the world, New York: Harcourt, 1929.

112. PINEL, P.: *Traité médico-philosophique sur l'alienation Mentale*, Paris, 1801.
113. RADO, S.: The problem of melancholia. In W.Gaylin (ed) *The meaning of despair*. N.Y: Science House, 1968.
114. RAMSEY, D.J. SAYER M.: Theories of drug abuse, selected contemporary perspective, National Inst. Drug abuse Res. Monografy Ser., 30; 488 XII, 1980.
115. REICHARD, S. y TILLMAN, C.: Patterns of parent-child relationships in schizophrenia. *Psychiatry* 13, 247-257, 1950.
116. REAL, L.H y cols.: Estudios naturalísticos sobre el fenómeno del consumo de inhalantes en niños de la Ciudad de México, en: *inhalación voluntaria de disolventes industriales*, Ed. Trillas, México, 1977.
117. RICE, J.: The familial transmission of bipolar illness, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1987.
118. ROSENFELD, H.A.: *Estados psicóticos*, Ed. Horme, pp.153-158, 1983.
119. ROSENTHAL, E. ACKERMAN, B.J. KNOTT, D.H.: Substance abuse patterns reveal contrasting personal traits, *J. Subs. Abuse*, vol. 2, pp. 255, 1990.
120. RUBINFINE, D.: Notes on the theory of depression. *Psychoanal. G.*, 37: 400, 1968.
121. SATIR, V. y JACKSON, D.: A review of psychiatric development in family therapy. In. N.W. Ackerman, F. Betaman y S.N. Sherman (dir). *Exploring the base for family therapy*. N.Y: Fam. Ass. of Amer. 1961.
122. SCHNEIDER, K.: *Clinical psychopathology*, Grune y Stratton, 1959.
123. SLATER, E. y COWIC, V.: *The genetics of mental disorders*, London, Oxford University Press, 1971,
124. STYBEL L.J, ALLEN, P. y LEWIS, F.: Deliberate hydrocarbon inhalation among low socioeconomic adolescents, not necessarily apprehended by the police. *Int. J. Addict.* 11, 345-361, 1976
125. WADDINGTON, C.H.: The theory of evolution today. In A. Koestler y J.R Smythies (eds.) *beyond reductionism*. Boston; Beacon, 1969.

126. WELLS, P. y cols.: *Neurology for psychiatry*. F.A Davis Philadelphia, 1980.

127. WEITBRECH: en *Compendio de psiquiatria*. Ed. Oteo, Madrid-España, 394, 1978.

128. WINNICOTT, D.W.: The theory of the parent-infant relationship. *Int. J. Psychoanal.* 41, 1960.

129. WINOKUR, G.: Genetic findings and methodological considerations in manic-depressive disease, *British Journal of Psychiatry* 117, 267, 1970.

130. WINOKUR, G. y PITTS, F. N.: Jr. Affective disorder: VI. A family history study of prevalences, sex differences and possible genetic factors. *Journal of Psychiatry, Res* 3:113, 1965.

131. WYNNE: Schizophrenics and their families: Recent research on parenteral communication, en : Tanner J.M , Ed. Nueva York, International Universities Press, 1975.

132. ZUCKERMANN, M. KYHLMAN, D.M y CAMAC, C.: What lies beyond E and N? Factor Analyses of scales believed to measure basic dimensions of personality, University of Delaware, 54, 96-107, 1988.

VIII. ANEXOS

ANEXO I

Tabla 1

REACTIVOS CORRESPONDIENTES A LA ESCALA DE NEUROTICISMO

3. Tiene altibajos en su estado de ánimo.
7. Se siente decaído sin razón.
12. Se preocupa por cosas que no debería haber dicho.
16. Es irritable.
20. Se siente herido en sus sentimientos.
24. Se siente harto.
28. Le atormentan sentimientos de culpa.
32. Se considera una persona "nerviosa".
36. Se preocupa demasiado.
40. Se preocupa de cosas triviales.
44. Se considera una persona tensa o "nerviosa".
48. Siente lastima por sí mismo.
52. Se preocupa por su salud.
59. Se preocupa por errores en el trabajo.
60. Sufre de insomnio.
64. Se ha sentido desanimado o cansado sin razón.
68. Siente que la vida es aburrida.
72. Se preocupa por su apariencia.
75. Ha deseado estar muerto.
79. Se preocupa después de una experiencia vergonzosa.
82. Sufre de los "nervios".
86. Se siente a menudo solo.
89. Se ofende si encuentran errores en usted o trabajo.
94. Se encuentra a veces con energía y otras desanimado.
98. Es muy susceptible para ciertas cosas.

* Reactivos que no quedaron en la escala.

Tabla 3

REACTIVOS CORRESPONDIENTES A LA ESCALA DE PSICOTICISMO

2. Pienso mucho las cosas antes de hacerlas.
4. Se ha atribuido el mérito de otro.
6. Le preocuparía tener deudas.
9. Asegura todas las noches las puertas de su casa.
11. Le entristecería ver sufrir a un niño o animal.
13. Cuando se compromete a algo, siempre lo cumple.
18. Cree que los seguros son buenos.
23. Tomaría drogas de efectos extraños.
27. Le gustaría venir a las personas que quere.
29. Hacia de lo que no sabe.
31. Tiene enemigos que quieren hacerle daño.
35. Le gusta hacer bromas que lastiman a otros.
39. Le importan mucho los buenos modales y la limpieza.
47. El matrimonio es anticuado y debería eliminarse.
51. Le molestan las personas que manejan con cuidado.
53. Le sabrán igual todas las cosas.
55. Le preocupan los errores cometidos en su trabajo.
63. Le gusta llegar con tiempo a las citas.
67. Su madre fue una buena mujer.
71. Hay personas que tratan de evitarlo.
74. Cree que la gente pierde tiempo con ahorros y seguros.
78. Trata de no ser grosero.
81. Cuando vea, sega en el último minuto.
85. Terminan sus amistades sin que usted tenga la culpa.
88. Le gusta a veces molestar a los animales.
90. Considera que la vida sin pingos es aburrida.
93. Le gustaría que la gente le tuviera miedo.
97. Le gustan muchas mentiras.
100. Sentiría compasión si vierá un animal en una trampa.
101. Le ha molestado tener este cuestionario.

* Reactivos Invertidos.

* Reactivos que no quedaron en la escala.

Tabla 2

REACTIVOS CORRESPONDIENTES A LA ESCALA DE EXTROVERSION

1. Tiene muchos desahucios.
5. Es una persona silenciosa.
10. Es una persona tímida.
15. Puede disfrutar de una reunión animada.
18. Le gusta conocer gente nueva.
22. Se mantiene en segundo plano en reuniones.
25. Le gusta mucho bailar.
30. Prefiere leer a conocer gente.
34. Tiene muchos amigos.
38. Se considera feliz y con suerte.
42. Toma iniciativas de hacer nuevos amigos.
46. Cuando está con otros, permanece callado.
50. Le es fácil animar una fiesta que está aburrida.
54. Le gusta contar chistes y anécdotas a sus amigos.
58. Le gusta estar con gente.
62. Cuando le pisan tiene lista una respuesta.
66. Le gusta hacer cosas con rapidez.
70. Se compromete con más actividades de las que puede.
72. Se preocupa por su apariencia.
77. Es capaz de poner ambiente en una fiesta.
92. Le gusta que haya mucho bullicio a su alrededor.
95. Otros piensan que usted está "feno de vida".

* Reactivos Invertidos.

* Reactivos que no quedaron en la escala.

Tabla 4

REACTIVOS CORRESPONDIENTES A LA ESCALA DE DESEABUDDO SOCIAL

4. Se ha atribuido el mérito de otro.
6. Ha tomado más por amorcillo.
13. Cuando se compromete a algo, siempre lo cumple.
17. Le ha echado la culpa a otro.
21. Son buenos todos sus hábitos.
25. Ha tomado alguna vez algo que no fuera suyo.
29. Habla de lo que no sabe.
37. Cuando era niño, hacía todo sin protestar.
41. Ha sido o perdido algo de otro.
43. Es de los que tienden a presumir.
49. Ha dicho algo malo de alguien.
57. De niño fue grosero con sus padres.
61. Se lava las manos antes de comer.
65. Ha hecho trampa en un juego.
69. Se ha aprovechado de alguien.
73. Es usted muy cortés aun con gente grosera.
76. No pagaría impuestos si no lo fueran a descubrir.
80. Ha insistido en salvarse con su vida.
83. Ha dicho algo que ofender a alguien.
87. Practica siempre lo que predica.
91. Ha llegado tarde al trabajo o a una cita.
95. Deja para mañana lo que podría hacer hoy.
99. Está siempre dispuesto a admitir sus errores.

* Reactivos Invertidos.

* Reactivos que no quedaron en la escala.

FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ "

Carta de consentimiento informado

Por medio de la presente, Yo _____ otorgo mi consentimiento para que los resultados de la escala Eysenck que me aplicaron, sean utilizados en investigaciones del Hospital.

Entiendo que las investigaciones deberán mantener el anonimato de los que participamos, y que los datos se utilizaran para mejorar el servicio y tratamiento de este hospital.

OTORGO mi consentimiento _____

TESTIGO _____

TESTIGO _____