UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Facultad de Filosofía y Letras
Escuela de Psicología

INVESTIGACION PSICOLOGICA SOBRE LA PRUEBA DE ORBISON EN UN GRUPO DE PACIENTES ESQUIZOFRENICOS MEXICANOS

T E S I S

Que para obtener el título de
PSICOLOGO
Presenta:
Rosa María Armenta Barradas

MEXICO, D. F. 1964

Mandar a D.G.B.

A MI MADRE Y HERMANOS

Al Dr. Luis Lara Tapia .

Al Dr. Rafael Nuñez Obando .

AGRADECIMIENTO

Con respeto, con cariño, presento en esta tesis a todos mis maestros mi gratitud.

La paciencia y calidad humana del Dr. Luis Lara Tapia, Asesor Técnico, en esta investigación ha hecho posible la realización de esta tesis en la que puso todo su entusiasmo de investigador que lo caracteriza. Para él mi reconocimiento más profundo y sincero. Al Dr. Rafael Nuñez Obando quiero agradecer sus valiosos consejos y ayuda incondicional. Al Psicólogo José Angel Meza Hernández, por su apoyo, estímulo y orientación siempre adecuados y genuinos, gracias.

Mi agradecimiento a todas las personas que colaboraron y participaron en esta investigación.

I N D I C E

Págs.

Dedicatoria
Agradecimiento
Indice de Tablas. 1
Introducción 3

CAPITULO I REVISION DE LA LITERATURA
A.- Historia del Test de Asociación de Palabras. . . . 5
1. Confiabilidad. 8
2. Nuevos Métodos.. 10
3. Diagnóstico Diferencial. 20
4. Sumario. 26
B.- Esquizofrenia.
1. Evolución del Concepto de Esquizofrenia 40
2. Concepto de Esquizofrenia 43
3. Los Subgrupos de la Esquizofrenia 78
a) Subgrupo Paranoide 78
1) Concepto de Kraepelin y Bleuler 78
2) Concepto de Freud 79
3) Concepto de Katan 82
4) Concepto de Mayer Gross 83
b) Subgrupo Catatónico 85
1) Concepto de Bleuler 85
2) Concepto de Mayer Gross 86
c) Subgrupo Hebefrénico 88
1) Concepto de Bleuler 88
2) Concepto de Bellak 89
3) Concepto de Mayer Gross 89
d) Subgrupo Simple 90
1) Concepto de Bellak y Mayer Gross. 90
2) Concepto de Bleuler y Bellak 91
e) Reacciones Esquizofrénicas. 91
1) Concepto de Mayer Gross. 91
2) Concepto de Mayer Gross y Noyes. 92
3) Concepto de Noyes y Bellak 93

Págs.

C.- Principales puntos de vista respecto a la Etiología de la Esquizofrenia 95

1. Estudios que enfatizan el papel de la herencia 95

2. Visión esquemática de algunos conceptos de la doctrina biológica de la herencia 100

a) El anlage hereditario 102

b) La unidad del gen 103

c) El efecto de las unidades hereditarias. . 103

d) Las mutaciones 104

3. Autores que destacan la influencia de factores congénitos 107

a) Retardo en la maduración al nivel embrionario 105

b) Frustración del proceso biológico de maduración 105

c) Imbalance hormonal 106

d) Perturbaciones al nivel vasovegetativo, nivel motor, emocional, intelectual e interpersonal. 106

e) Disfunción entre el neocortex y la base del cerebro 107

4. Autores que destacan los hallazgos neuropatológicos 107

a) Patología celular 107

b) Profunda perturbación metabólica. 108

c) Cambios nucleares 108

5. Autores que enfatizan los factores químicos. 108

a) Reducción de la circulación cerebral por agente tóxico 108

b) Deficiencia de acetilcolina 109

c) Falta significativa de responsividad adrenocortical al stress 109

d) Perturbación del equilibrio acidobase ... 110

e) Anormalidad sobre la corriente sanguínea cerebral y el oxígeno 110

f) Defecto congénito en el metabolismo de las proteínas 110

g) Deficiencias congénitas en los procesos de desintoxicación del hígado 111

Págs.

6.- Otros Estudios. 111

a) Reacción deficiente de la división simpática del sistema nervioso autónomo - al nivel del hipotálamo 111

b) Incoordinación entre el cerebro y la - base del cerebro 111

c) Importancia de la bioquímica de la neuroma individual en el diencéfalo 112

d) Disfunción del estriado 112

e) Drogas Alucinógenas 112

f) Incremento en la concentración y actividad de acetilcolina 113

g) ERROR METABOLICO: (1) La formación de-triptamina en el cuerpo. (2) el metabolismo de serotonina a bufoterina; (3)-la oxidación de la adrenalina a la a--drenocroma 113

7.- Teorías del Multifactor 113

8.- Autores que enfatizan el Papel del Medio-Ambiente 114

a) Niveles de frustración 114

b) Indiferencia, descuido o abandono oral y anal 115

c) Psicosis ordinaria. Psicosis étnica... 115

d) Intenso stress implicado en culturas - complejas 116

e) Actitudes culturales 116

f) Estados de excitación confucional acompañados de conducta homicida por falta de formación de mecanismos de conciencia (superego). 117

D.- HIPOTESIS.

CAPITULO II CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA 119

1.- Grupos Experimentales 119

2.- Grupo Control. 122

3.- Tablas 124

Págs.

CAPITULO III MATERIAL Y PROCEDIMIENTO USADO . . . 131

1. Objetivo de la prueba 131
2. Fundamento psicológico de la prueba . . . 131
3. Contenido y características formales de la reacción asociativa 131
4. La "memoria" en la reacción asociativa... 132
5. La formación de conceptos en la reacción asociativa 133
6. La anticipación en la reacción asociativa. 133
7. Procedimiento usado 135
8. Sumario 137

CAPITULO IV RESULTADOS- GRAFICAS 138

CAPITULO V ANALISIS DE LOS RESULTADOS 150

1. Interpretación de la relación entre la hospitalización y la evolución de los grupos experimentales 150
2. Correlación de las variables de la Prueba de Orbison entre los grupos experimentales y el grupo control en la primera fase de la prueba. (estímulo-reacción). . .. 151
3. Correlación de las variables de la Prueba de Orbison entre los grupos experimentales y el grupo control en la segunda fase de la prueba. (reacción-reproducción)... 154
4. Correlación de las variables de la Prueba de Orbison entre los grupos experimentales y el grupo control en la tercera fase de la prueba. (estímulo-reproducción)... 157
5. Análisis del tiempo de reacción de cada reactivo por grupo 161
6. Consideraciones acerca del tiempo de reacción en el grupo control 163

SUMARIO Y CONCLUSIONES 165

1. Rendimientos de los diversos grupos 165
2. Diferencias en cuanto a la relación evolución de la enfermedad y tiempo de internamiento 165
3. Características fundamentales presentadas a través de las tres fases de la prueba y en comparación con el grupo control 166

Págs.

4. Modo de conducta ante la prueba que puede considerarse como normal 167

5. Importancia del significado privado que le atribuya el paciente al estímulo 169

APENDICE 170

1. Notas 170

2. Ejemplo del grupo experimental 173

3. Ejemplo del grupo control 176

4. Bibliografía 179

INDICE DE TABLAS

		Págs.
TABLA 1	Lista de palabras de asociación libre de Jung...	28
TABLA 2	Lista de palabras de asociación libre de Kent-Rosanoff..	29
TABLA 3	Lista de palabras-estímulo de W.D. Orbison.	30
TABLA 4	Lista de asociación de palabras de Rapaport, Gill y Shaffer.	31
TABLA 5	Variables "características formales" de la reacción asociativa. de.Rapaport.....	32
TABLA 6	Características de las respuestas de asociación de palabras en diversos grupos - clínicos. según Rapaport, Gill y Shaffer.	34
TABLA 7	Semántica de las variables de la prueba de asociación de palabras utilizada por los autores mas relevantes y objetivo de la prueba.	38
TABLA 8	Esquema condensado y abreviado de algunos grupos de las funciones del ego y de algunas de sus perturbaciones. de Beres.	73
TABLA 9	Dinámica Humana. (Sullivan). Esquema de clasificación de los procesos adaptativos basados en el grado de resolución logrados en el organismo-ambiente-configuración-grado de cinesis.	76
TABLA 10	Evolución y hospitalización de los subgrupos de esquizofrenía estudiados en esta investigación..	124
TABLA 11	Características del Grupo Control: sexo, edad, escolaridad, ocupación.	125
TABLA 12	Características del Grupo Paranoide: sexo, edad, escolaridad, y ocupación. . ..	126
TABLA 13	Características del Grupo de Reacción Esquizofrénica: sexo, edad, escolaridad y ocupación.	127
TABLA 14	Características del Grupo Simple: sexo, edad, escolaridad y ocupación.	128
TABLA 15	Características del Grupo Catatónico: sexo, edad, escolaridad y ocupación.....	129
TABLA 16	Características del Grupo Hebefrénico:.. sexo, edad, escolaridad y ocupación.....	130

Págs.

TABLA 17 Palabras de reacción populares en 151 casos clínicos y de control (Rapaport). 138

TABLA 18 Palabras de reacción populares en nuestra investigación acerca del Grupo Control. . . 139

TABLA 19 Promedio del tiempo de reacción de cada reactivo por grupo 140

TABLA 20 Media aritmética, desviación estandard y error probable de sigma de cada tipo de perturbación asociativa en la fase estímulo-reacción. 141

TABLA 21 Media aritmética, desviación estandard y error probable de sigma de cada tipo de perturbación asociativa entre la palabra reacción y la reproducción 142

TABLA 22 Media aritmética, desviación estandard y error probable de sigma de cada tipo de perturbación asociativa entre la palabra-estímulo y la reproducción 143

TABLA 23 Variables que distinguieron a cada uno de los grupos patológicos en las tres fases de la prueba en comparación con el Grupo Control 144

TABLA 24 Variables que distinguieron al Grupo Paranoide en las tres fases de la prueba en comparación con el Grupo Control. 145

TABLA 25 Variables que distinguieron al Grupo de Reacción Esquizofrénica en las tres fases de la prueba en comparación con el Grupo Control 146

TABLA 26 Variables que distinguieron al Grupo de Esquizofrenia simple en las tres fases de la prueba en comparación con el Grupo Control. 147

TABLA 27 Variables que distinguieron al Grupo de Esquizofrenia Catatónica en las tres fases de la prueba en comparación con el Grupo Control. 148

TABLA 28 Variables que distinguieron al Grupo de Esquizofrenia Hebefrénica en las tres fases de la prueba en comparación con el Grupo Control 149

ESTUDIO DE LA PRUEBA DE ORBISON EN UN GRUPO DE ENFERMOS P S I C O T I C O S.

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

La necesidad de contar en México con una batería de tests psicológicos,de la cual obtengamos normas válidas para -- nuestra socio-cultura,ha sido desde hace muchos años fundamental ya que en general la práctica clínica ha utilizado ancestralmente criterios y normas extranjeras que hacen muy dudosa la validez de los estudios que cotidianamente realizan nuestras diferentes instituciones donde -- trabajan psicólogos clínicos.

Esta realidad ha creado en nosotros una profunda inquietud la que nos ha determinado a la idea de contribuír aun que sea en mínima parte a la formulación de una batería - adaptada y estandarizada a nuestras condiciones.

El presente estudio se ha realizado utilizando la prueba- de Órbison que forma parte de la batería Rapaport de la - Clínica Menninger y la cual ha de ser agregada a otras tesis profesionales que comprendan el estudio del resto de- la batería, ya que en esta forma en poco tiempo se reunirán una serie de datos válidos a nuestra particular circunstancia. En este estudio se ha utilizado una muestra- al azar de diferentes cuadros patológicos que representan los internamientos más frecuentes en el Manicomio General. Los hallazgos encontrados son aplicables a las diferentes granjas para enfermos mentales construídas por la Sría. - de Salubridad Pública en el último sexenio.

Consideramos que los datos reportados son consecuentemente válidos para este tipo de enfermos que representan problemas psico-culturales específicos por lo cual quizá no sean aplicables a enfermos ambulantes de otro medio, incluso económico; sin embargo el valor de este estudio radica en - el hecho de investigar en aquellos casos que representan - la mayor parte de nuestra población.

En estas condiciones hemos dividido esta tesis en la siguiente forma:

Capítulo I, hacemos referencia a los estudios que sobre --- tests de asociación de palabras se han realizado.

b) Evolución de la Esquizofrenia.
c) Concepto de Esquizofrenia.
d) Los Subgrupos de la Esquizofrenia.
e) Principales puntos de vista respecto a la etiología de la Esquizofrenia.
f) Planteamiento de Hipótesis.

Capítulo II Características de la Muestra
Capítulo III. Material y Procedimiento usado.
Capítulo IV. Resultados. Gráficas.
Capítulo V. Análisis de los Resultados.
Capítulo VI. Sumario y Conclusiones.
Notas.
Bibliografía.

En la parte final del trabajo se presentan los tipos de -- protocolos de evaluación que construímos a lo largo de la- investigación. Se ejemplifica el sistema de evaluación con un caso del grupo experimental y otro del grupo control.

NOTA: Consideramos pertinente utilizar la unidad sigmática en la medida de variabilidad que nos permitiera el análi-- sis e interpretación de nuestros datos; pues consideramos- que esta medida es útil para la aplicación clínica.

CAPITULO PRIMERO.

HISTORIA DEL TEST DE "ASOCIACION DE PALABRAS"

"En general, la técnica de asociación de palabras fue el primer test proyectivo formal. La historia de la asociación de palabras realmente antecede al concepto moderno de proyección". (1).

Empieza a bosquejarse la historia del Test de Asociación de Palabras al despertarse el interés por las diferencias individuales. En la elaboración de su esquema se destaca como figura principal Galton, quien se toma a sí mismo como sujeto. Es este investigador el que publica el primer estudio del proceso asociativo allá por el año de 1879 (1) (2;3). Reanuda su investigación en 1883 (1) y funda hacia 1884 uno de los primeros laboratorios en los que se podían tomar pruebas mentales y físicas (3). Hacia 1885 Galton se aventura a presentar el primer análisis sistemático de la asociación (2). En 1889 Cattell enfoca su interés en los experimentos de asociación y con Bryant publica tablas de frecuencia de las mismas (1;2) Según Bell, en realidad Cattell inicia sus experimentos en 1885 (1). En 1891 Munsterburg emplea pruebas de asociación controlada, juicio y memoria en estudios de niños de edad escolar. (3).

Otra nueva figura no menos importante que Galton surge en el campo de la investigación psicológica, es Kraepelin, el psiquiatra alemán quien en 1892 inicia sus investigaciones acerca del proceso asociativo (1). Establece en 1894 un laboratorio psicológico para el exámen de pacientes mentales adjunto a su clínica y hospital. Analiza los efectos de la fatiga, hambre y drogas a través de la asociación de palabras tomando en cuenta el tiempo de reacción, la velocidad y el carácter de la asociación para medir desviaciones del comportamiento normal.(3).

1 SHAFFER & LAZARUS "Fundamental Concepts in Clinical Psychology" pags. 18; 255. McGraw-Hill Book Company, Inc. New York, Toronto, London, 1952.
2 BELL J.E: "Técnicas Proyectivas", Pags. 29/30. Editorial Paidos, Buenos Aires, 1951.
3 GARRETT H. E: "Las Grandes Realizaciones de la Psicología Experimental". Pags. 331/32. Fondo de Cultura Económica. México, Buenos Aires, 1958.

Es en el año de 1899 cuando Sommer intenta demostrar las diferencias características entre sujetos maníacos y catatónicos. Se interesa en el proceso asociativo en la demencia precoz encontrando que las respuestas desatinadas son frecuentes ("ángel-araña"); así como la repetición - monótona de las mismas respuestas sin ajustamiento al estímulo (2). Vemos que Kraepelin y Sommer se anticipan al movimiento psicoanalítico en los estudios clínicos de la-asociación, prediciendo Sommer que ésta podría llegar a-constituirse en un fino método de diagnóstico.(1);(2). Al lado de estos investigadores de orientación psicoanalítica figuran Cattell, Bryant y Wundt (1885-1889 y 1908-1911 respectivamente)psicólogos experimentales que llevaron a cabo experimentos de asociación.(1).

Esta técnica de asociación de palabras que Galton presentara por vez primera en 1885, llega a ocupar un lugar prominente en el año de 1905 por las investigaciones de -- Bleuler y Jung (1,;(4). Ahora bien, aún cuando Freud ya - había comenzado a emplear en terapéutica el método de asociación fue su alumno y colaborador, Jung quien primero-utilizó la asociación libre bajo su forma de test. (2). - Los trabajos más productivos de Jung surgieron de la teoría psicoanalítica. Los vastos resultados de su obra no aparecieron en traducción inglesa sino hasta 1918 a pesar-de haber iniciado sus estudios a principios de siglo, sin embargo éstos fueron publicados en un artículo primitivo-introductorio de su obra. (2). Así como Jung se anticipa-a Freud y se le reconoce como el primero en explotar la - técnica de asociación de palabras con propósito de diag--nóstico clínico(1910,1918) Sommer (1889) y Kraepelin(1892) le precedieron en esta empresa.(1).

1 SHAFFER & LAZARUS "fundamental Concepts in Clinical -- Psychology" pags. 18;255. McGraw-Hill Book Company, Inc. New York, Toronto, London, 1952.

2 BELL J.E: "Técnicas Proyectivas", pags. 29/30. Editorial Paidos, Buenos Aires. 1952.

4 BELA SZEKELY: "Los Tests.Manual de Técnicas de Exploración Psicológica", pag. 1239. Editorial Kapelusz. Buenos - Aires. 1960.

Junto a la inauguración de un test que utiliza la asociación de palabras, la mayor contribución de Jung a la psicología clínica ha sido el haber uniformado los métodos de administración e interpretación.(2);(5). Como estímulos Jung usó una lista de 100 palabras que incluían un número de palabras relativamente inocuas intercaladas con otras que fueron elegidas como representaciones de complejos emocionales comunes.(1)"El registro de las respuestas se hacía anotando la palabra asociada por el sujeto a cada estímulo verbalmente administrado y el tiempo empleado para producir la reacción. Ya avanzada la experimentación, se derivó un test de reproducción, en el cual se le pedía al sujeto que recordara su respuesta original.....El último tipo de manifestaciones afectivas se reveló en la conducta del sujeto durante el test" (2). Las alteraciones en las respuestas recibieron gran atención por parte de este autor, quien dedujo que donde quiera que un complejo emocional fuera activado por una palabra estímulo se seguiría una alteración en la respuesta. Los indicadores de complejos incluían anormalidades de contenido, repeticiones, tartamudeos, suspiros, respuestas multipalábricas, tiempo prolongado de respuesta y signos de conducta que revelaban ansiedad tales como cambiar de posición, sonrojarse, reirse, contener la respiración, etc.(1).

Casi al mismo tiempo que Jung, Kent y Rosanoff (1910) publicaron una lista de palabras de carácter relativamente neutral enfatizando la medición del contenido inusual como un medio de diferenciar los individuos normales de los psicóticos. (1). Kent y Rosanoff desarrollan y estandarizan

1 SHAFFER & LAZARUS "Fundamental Concepts in Clinical Psychology" pag. 256. McGraw-Hill Book Company, Inc. New York, Toronto, London, 1952.

2 BELL J.E: "Técnicas Proyectivas", pags. 31/32. Editorial Paidos, Buenos Aires, 1951.

5 JUNG, C.G. "The association method. Amer. J. Psychol., 1910,21,219-269.

el test de asociación de palabras, abandonando el tiempo de reacción y la clasificación lógica de las respuestas como - indicadores, de esta manera logran integrar una lista de -- 100 palabras relativamente neutrales estimando las altera-- ciones por las respuestas de contenido infrecuente.(2). Este enfoque no resultó fructífero ya que el uso de la pala-- bra varía mucho con la región, el grupo cultural el status-socio-económico, la inteligencia y la edad, que se hace necesario perfeccionar las normas para cada sector particular de la población en el cual deba aplicarse este test. (1).

Jung y Kent-Rosanoff representan dos orientaciones diferentes para la aplicación del test de asociación de palabras. Habiendo presentado sus respectivos esquemas hablemos ahora de los autores que de alguna manera los han modificado ya - sea mediante cambios en el material estímulo o reajustes en los métodos de clasificación e interpretación. Por órden -- cronológico tenemos a Crosland (1931(2)que investiga culpabilidad; Fisher y Marrow (1934(2)estados de ánimo de júbilo y depresión provocados a través de la hipnósis; Murray (1937 (2)la fantasía; Sandford (1937(2) el hambre humana; Johnson (2)1939) los estados de ánimo normales; Eysenck (1942(2) el sonido con valor agradable o desagradable para el individuo; Liberson (1945/6(2)reacciones emocionales al "método silen-- cioso".

C O N F I A B I L I D A D.

Por sí misma la técnica de asociación de palabras no ha demostrado ser un medio practico para diagnóstico clínico. Rapaport, Gill y Shafer (1945,1946(1), en sus 151 casos encontraron que el test era útil para diagnóstico diferencial combinado con otras pruebas clínicas. Se han hecho intentos para - relacionar las reacciones al test de asociación de palabras- con otros índices de expresión emocional. Peterson y Jung(1) (1907), Crosland (1931(1), Hunt y Landis(1935;(1), y Smith-

1 SHAFFER & LAZARUS "Fundamental Concepts in Clinical Psychology" pags. 256/57. McGraw-Hill Book Company, Inc. New York, Toronto. London. 1952.

2 BELL J.E:"Técnicas Proyectivas", pags. 34/37. Editorial Paidos, Buenos Aires, 1951.

(1922(1) han usado respuestas psicogalvánicas como un índi ce de emociones. Los resultados de estos estudios han sido antagónicos y conflictivos. Smith estableció una correla-- ción de .47 entre las desviaciones galvánicas y los tiempos de reacción.asociativa, Hunt y Landis observaron que sola- mente 1 de cada 22 sujetos produjo una correlación signifi cativa. Tales observaciones como otras ulteriores, no nie- gan necesariamente el valor del test en conjunto, sino que- simplemente reflejan la desconfianza que merece el tiempo- de reacción como índice de perturbación (1);(2).
Luria (1932(1), usó el test de asociación de palabras con- una nueva técnica,que estudiaba la tensión fisiológica que parecía ser superior a la psicogalvanométrica, para medir- la reacción emocional y encontró alguna evidencia positiva de relación. Krause (1937(1), Ebaugh(1936(1) y Huston, --- Shakow, y Erickson(1934(1), usaron la técnica de Luria y a- poyaron estos hallazgos positivos; Sin embargo vemos que -- Kephart y Houtchens (1937(1) así como Reymert y Speer (1939 (1) han sugerido que las reacciones emocionales identifica- das por la técnica de asociación de palabras son independien tes de las palabras usadas y pueden ocurrir con material no emocional como series aritméticas.Cabe aquí mencionar que - todo psicológo clínico está bastante familiarizado con el - hecho de que la situación de test crea de por sí reacciones emocionales por cuanto provoca una a n t i c i p a c i ó n de respuesta, a través de las instrucciones, conduciendo e- lla al éxito o al fracaso. Según Bell, la técnica de Luria- no fracasa en registrar perturbaciones emocionales y conclu ye que un material aparentemente no emocional es capaz de - producir reacciones emocionales en un test de asociación(2).

Existe cierto desacuerdo entre los clínicos en lo que con---

1 SHAFFER & LAZARUS "Fundamental Concepts in Clinical -- Psychology" pag. 257. McGraw-Hill Book Company, Inc. New -- York, Toronto, London, 1952.

2 BELL J.E: "Técnicas Proyectivas", pags. 37/39. Editorial Paidos, Buenos Aires, 1951.

cierne al grado de utilidad del test de asociación de palabras en el diagnóstico clínico. Algunos como Symonds (1931(1) Mier (1938(1), Rapaport, Gill y Shafer (1945,1946(1) y - Shafer (1948(1) le encuentran de gran utilidad. Wells(1935 (1) le concede solamente un valor limitado a este enfoque. Presentamos ahora las opiniones al respecto de Shafer y -- Béla Székely: El primero manifiesta que pocos psicólogos - le daran a la técnica una posición central en el trabajo de diagnóstico "Por sí misma la técnica tiene grandes limitaciones. Sin embargo el instrumento es frecuentemente usado y ha producido importantes resultados de investigación en - la esfera de la personalidad. Por lo tanto, la mayoría de - los clínicos están de acuerdo de que en manos de un clínico hábil y bien preparado es con frecuencia un excelente suplemento para otras fuentes de información acerca del paciente" Béla Székely afirma: "La lista de "palabras estímulo de W.D Orbison la podemos recomendar solamente a aquellos que se - dedican, casi como un trabajo de laboratorio, a las investigaciones psicológicas y psiquiátricas, respectivamente. Sólo psiquíatras y psicólogos bien adiestrados deben utilizarla.

Para uso más general, pero siempre para médicos y psicólogos, es más recomendable la otra lista, perfeccionada por- Kent y Rosanoff." (4).

NUEVOS METODOS.

Por el año de 1945 se destacan dos nuevas orientación dentro del uso del test de asociación de palabras, en el terreno de la psicología clínica tenemos a Rapaport, Gill y -- Shafer; en el aspecto experimental a Karwoski y Berthold.- Y así tenémos que Shafer en 1945 presenta un estudio de los procesos del pensamiento en un test de asociación de pala-- bras (6). Esta exposición motiva e impulsa al Departamento-

1 SHAFFER & LAZARUS "Fundamental Concepts in Clinical Psychology" pag. 257. McGraw-Hill Book Company, Inc. New York, - Toronto, London, 1952.

4 BELA SZEKELY: "Los Tests. Manual de Técnicas de Exploración Psicológica", pags. 1239/40. Editorial Kapelusz. Buenos Aires. 1960.

6 SHAFER, R. A study of thought processes in word association test. Char. and Person., 13 (1945)213.

de Psicología de la Clínica Menninger, a tratar de desarrollar una base teorética de hipótesis operacionales para el test; y es así como Rapaport, Gill y Shafer exponen las siguientes hipótesis:

1."Si se suministran instrucciones explícitas al comienzo del test, se establece una propensión, llamada por los autores a n t i c i p a c i ó n, hacia la producción de una respuesta rápida y monopalábrica sin selección"(2).

2.- "...con intención de encontrar la anticipación, el sujeto analiza la idea inicial que incita las respuestas; en el caso del test de asociación de palabras: la palabra-estímulo. En la mayoría de los casos el análisis es inconsciente, aunque puede hacerse consciente, como en los sujetos obsesivos altamente introspectivos. Durante esta actividad en la f a s e a n a l í t i c a, los recuerdos, que habían estado previamente en la conciencia en forma de ideas o afectos, son descargados automáticamente por la palabra estímulo."(2).

3.- "La determinación preconsciente de una respuesta conveniente, de acuerdo con el resultado anticipado, la selección de una palabra adecuada a las indicaciones de las instrucciones del test; es la denominada f a s e s i n t é t i c a. En los sujetos normales bien adaptados, el proceso asociativo se produce al llegar a la conciencia una respuesta que guarda relación conceptual convencional con el estímulo".(2)

Estas tres fases de la asociación se identificaron como funciones del yo, reflejando su relativa fortaleza o debilidad.

Recordemos que para Jung los indicadores de complejos incluían anormalidades de c o n t e n i d o y signos de --

2 BELL J.E: "Técnicas Proyectivas", pags: 42,43. Editorial Paidos, Buenos Aires, 1951.

conducta que revelasen ansiedad etc.(2), en cambio en esta nueva orientación para los autores, los síntomas del proceso asociativo son de mayor valor para el diagnóstico que el producto final (la palabra reacción) logrado. (2). Bell opina que existe en la actualidad una tendencia a emplear tests de asociación de palabras y a interesarse más en el estímulo y su efecto sobre el individuo que en el contenido de la respuesta resultante, excepto cuando estas últimas revelan éxito o fracaso en la asociación. Las perturbaciones en la asociación provienen de conflictos y debilidad del yo.(2).

Para basar este cambio de orientación los autores hacen una disertación harto comprensible y que apoya vigorosamente sus hipótesis.

"Si el factor preponderante es la intensidad del conflicto, las perturbaciones de la asociación son como manchas; si lo es la desorganización, las perturbaciones de la asociación son más bien difusas. Sin embargo, algunos tipos de perturbaciones de la asociación indican, por sí solas, una vasta desorganización, aun cuando el test de asociación sea, en otros respectos, adecuado. Para la evaluación de las reacciones de asociación, debe tenerse presente, por tanto, que mientras el yo es fuerte la palabra reacción revela sólo rara vez la naturaleza del conflicto, y cuando la desorganización se extiende, las perturbaciones de la asociación se generalizan y la palabra reacción no es ya representativa del conflicto. Nuestra experiencia indica, pues, que las áreas de ideación cargadas afectivamente podrán inferirse harto mejor desde la palabra estímulo ante la cual ocurre la perturbación en la asociación, que a partir del contenido de la palabra reacción."(2).

2 BELL J.E: "Técnicas Proyectivas", pags. 30;43,44, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1951.

La lista estímulo utilizada por estos investigadores fue - la preparada por Orbison siguiendo al pie de la letra la - consigna y administración elaborada por éste; más tarde -- estos autores modificaron la lista para incluir otras pala bras.(2).

A través de estudios experimentales sobre la confiabilidad y clasificación del contenido del test de asociación de pa labras, Karwoski y Berthold concluyen que:

> .....las categorías de opuestos y similitudes están - bien definidas y probablemente representen diferentes procesos mentales; esto aunado al hecho de que las ci fras de confiabilidad de los grupos de similaridades- y de los grupos de contrastes, u opuestos son muy ele vados, existe la posibilidad de que exista una tenden cia por parte de los individuos a responder ya sea con opuestos o con similaridades. (7).

Estos investigadores obtuvieron una correlación de .92 pa- ra las respuestas de opuestos con un intervalo de 40 días- entre los tests.

Interesado por este tipo de investigación Louis J. Moran, Ph.D del Laboratorio de Investigación Psiquiátrico y Somá tico del Hospital de Houston V. A. trató de comprobar los hallazgos de Karwoski y Berthold en lo que respecta a las diferencias individuales en la"serie" o marco característi- tico de asociación y describir en forma más completa unos cuantos marcos específicos de referencia, y lo que es más importante, examinar las implicaciones de la "serie" o mar co ideodinámico para el estudio de la estructura de la aso ciación a través de asociación de palabras. Por lo tanto - se embarca en una investigación cuidadosa y detallada eli- giendo un grupo control de 100 sujetos normales y 96 suje-

2 BELL J.E: "Técnicas Proyectivas", Pag. 41. Editorial - Paidos, Buenos Aires, 1951.

7 KARWOSKI, T.F.,& BERTHOLD, F., JR. Psychological studies in semantics. II. Reliability of free association tests. J. soc. Psychol., 1945, 22, 87-102.

tos esquizofrénicos. Los sujetos de los muestreos fueron acoplados por edad, educación y vocabulario alcanzándose un total de 79 parejas. Todos los sujetos fueron examinados individualmente bajo libres instrucciones de asociación.

Los autores utilizaron un total de 500 palabras familiares comunes - que dividieron en 20 formatos de 25 palabras conteniendo cada uno 5 palabras de la lista de Kent Rosanoff, 13 sinónimos, 2 palabras "neutras" y 5 palabras de Kent-Rosanoff. Las instrucciones fueron: "Dígame la primera palabra que venga a su mente cuando escuche esta palabra"; obteníase el retest después de cada 25 palabras con la siguiente instrucción: "Ahora voy a decirle las mismas palabras y me gustaría que me contestara la misma palabra que me dió al principio". Se le urgía al sujeto a que respondiera rapidamente y se controlaba el tiempo con un cronómetro. Se le administraron cinco formas (125) a cada sujeto durante cuatro días consecutivos. La prueba fue aplicada por quince diferentes examinadores. (8). Vemos que en la prueba de Orbison las instrucciones son mucho más amplias y contundentes existiendo en cambio una menor rigidez en la presión del tiempo.(9).

Estos autores investigaron quince variables dividiéndolas en variables estructurales (del 1 al 6) y aquellas en que se presentan los "indicadores de complejos" (del 7 al 11); más las que representaban la popularidad de las respuestas y la edad, educación y vocabulario de los sujetos.(8).

Sus hallazgos corroboran la hipótesis de Karwoski y Berthold referente a las diferencias individuales de"series" o marcos característicos de asociación a través de estudios con

8 MORAN, L.J."Vocabulary knowledge and usage among normal and schizophrenic subjects. Psychol. Monogr., 1953,67 No. 20. (Whole No. 370).

9 MORAN, L.J., MEFFERD, R.B.,JR.,&KIMBLE,J.P.,JR. Standarization of psychometric and psychodiagnostic tests for daily measurements in psychopharmacological research. Trans Fourth Res. Conf. on Chemotherapy in Psychiat. Vet. Admin., 1960a,4,135-138

cienzudos y prolongados por años. En el presente estudio - los autores se esforzaron por obtener sujetos que manifestasen una de las formas más severas de perturbación asociativa, esquizofrénicos psicóticos agudos. El éxito de este esfuerzo se evidencía por las marcadas diferencias entre el - grupo normal y el esquizofrénico, particularmente en lo que se refiere a los errores indicadores de complejos. A pesar de estas significativas diferencias los tres mismísimos marcos de referencia ideodinámicos que se encontraron en los - sujetos normales fueron operativos también en los esquizofrénicos con algunas conclusiones adicionales.( ).

En el grado en que estos marcos de referencia ideodinámicos pueden ser usados para representar estructuras de asociación los sujetos normales y esquizofrénicos parecen compartir una estructura asociativa común. Bopp (1955), usando una técnica asociativa diferente llegó a la misma conclusión. Ella tenía 40 sujetos normales y 40 sujetos esquizofrénicos; computó 16 palabras en una escala-13 diferencial semántica de-Osgood. Muy al contrario de su original hipótesis de diferencias entre los grupos en el marco semántico de referencia ella llegó a la conclusión siguiente: "...no solamente es la - estructura del factor semántico el mismo sino que dentro del espacio semántico no hay una apreciable diferencia de grupo entre el significado del concepto. Por lo tanto el pensamiento esquizofrénico no representa un mero pensamiento caótico, y no parece tocar la estructura básica semántica (Bopp,).

Moran observa que tomando en combinación con los resultados de Bopp el descubrimiento de cuadros ideodinámicos de referencia comparables a esos de los sujetos normales se sugiere una útil diferenciación entre el amplio término de "perturbación asociativa" entre estructura de asociación y pro-

MORAN, L.J. "Vocabulary knowledge and usage among normal - and schizoprhenic subjects. Psychol. Monogr., 1953, 67 No. - 20. (Whole No. 370).

MORAN, L. J., MEFFERD, R.B., JR., & KIMBLE, J.P., JR -- Standarization of psychometric and psychodiagnostic tests - for daily measurements in psychopharmacological research. - Trans. Fourth Res. Conf. on Chemotherapy in Psychiat. Vet. Admin., 1960a, 4, 135-138.

ceso de asociación, es decir, la eficiencia mediadora en un momento particular. La distinción puede tener utilidad potencial para una mejor comprensión de la naturaleza de la "perturbación asociativa" en la esquizofrenia. La interpretación de una respuesta desviada como el producto de una estructura de asociación aberrante tiene implicaciones muy diferentes de la interpretación de la respuesta como resultado de una temporaria "inaccesibilidad" a una estructura asociativa por lo demás normal. La primera interpretación, por ejemplo, implica la necesidad de tratamiento psicológico (psicoterapia a los esquizofrénicos, la última admite la posibilidad de un tratamiento somático totalmente efectivo, por ejemplo, la correción de una anormalidad bioquímica que ha actuado para conservar al individuo en un estado confuso, resultando inmediatamente en una persona "normal". Los efectos "normalizantes notables de los tranquilizantes en los esquizofrénicos es un caso que hay que señalar. El efecto opuesto de las "psicosis" temporarias producidas en los normales con el uso del LSD es otro. En ambos casos los procesos de asociación normales y psicóticos emergen y desaparecen aunque la estructura de las asociaciones permanezca intacta.

Otra sugestiva evidencia, comenta Moran, la proporciona un estudio longitudinal de un individuo (10). Una prueba de asociación de 20 palabras se administró a un esquizofrénico en 246 días consecutivos. Solamente 30 formas alternadas se usaron. Por lo tanto cada 31 días respondía a una forma que le había tocado 30 días antes. Al llegar a un punto arbitrario (100 días) todas las respuestas subsecuentes se calificaron como "nuevas" (no dadas previamente a la palabra estímulo). El individuo recibió doropromazina y electroshocks en el quinto y sexto mes. Inmediatamente después de cesar el tratamiento de electroshocks evidenció un mejoramiento clínico marcado y un número de asociaciones "nuevas" aumen-

10 MORAN, L.J., MEFFERD, R.B.,JR., & KIMBLE, J. P.,JR. The objective measurement of psychopathology in longitudinal studies. Trans. Fifth Res. Conf. on Coop. Chemotherapy Stud. in Psychiat. & Res. Approaches to ment. Illness. Vet. Admin., 1960b, 5, 106-111.

táron de un promedio de 38 a 49 por ciento -- bajando los puntajes de populares (del 62 al 42 por ciento). Claramente se ve que en este esquizofrénico las características de una estructura normal de asociación estaba latente, y emergió durante la mejoría que siguió al tratamiento somático. (9).

Louis J. Moran y Colab. han llegado a la siguiente conclusión:

1."Con respecto a las diferencias significativas, el muestreo de los sujetos normales y el muestreo de los sujetos esquizofrénicos puede decirse que representan diferentes poblaciones. En cada uno de los cuatro días, los sujetos esquizofrénicos bajaron más que en los sujetos normales en todas las seis variables estructurales y estuvieron más altos en todas las cinco variables de errores de interferencia; los esquizofrénicos también tuvieron un puntaje más bajo en populares en cada uno de los cuatro días."(9).

2."A pesar de estas diferencias significativas entre los dos muestreos en todas las 12 variables, los marcos ideodinámicos de referencia que se encontraron en los sujetos normales también se encontraron en los psicóticos esquizofrénicos agudos. En efecto todas las conclusiones derivadas del estudio precedente de los sujetos normales se aplica igualmente al muestreo de los esquizofrénicos" (9).

3."Aunque los tres marcos de referencia ideodinámicos fueron operantes en todos los días en los muestreos de esquizofrénicos marcados cambios ocurrieron después del primer día" (9).

a"Los marcos de referencia se hicieron menos dominantes al repetirse las pruebas. En sujetos con un marco de referencia objetivo y en aquellos con un marco de referencia conceptual, el "debilitamiento" del marco se acompañó por un-

9 MORAN, L. J., MEFFERD, R.B.,JR.,&KIMBLE,J.P.,JR. Standarization of psychometric and psychodiagnostic tests for daily measurements in psychopharmacological research. Trans. Fourth Res. Conf. on Chemotherapy in Psychiat. Vet. Admin., 1960a,4,135-138.

incremento en los puntajes de populares. Esto se explica que para mantener la consistencia del marco de referencia ideodinámico frecuentemente se requiera la baja de las asociaciones populares." (9).

b. "Al ser menos dominante el marco de referencia de la velocidad, decrecían los puntajes de populares. Se notó que el marco de velocidad por sí mismo tendía a dar muchas respuestas populares. El marco de velocidad es de un órden diferente de los otros dos marcos de referencia; su razonamiento no parece requerir ninguna actitud particular hacia las palabras sino más bien una actitud hacia la prueba." (9).

c."Los sujetos esquizofrénicos tendían a dar progresivamente más de una clase de errores indicadores de complejos y más pocos de las otras clases. El error que se hizo estereotipado podría predecirse desde el primer día de la ejecución, puesto que tendía a ser el error más frecuentedado en el primer día. Sin embargo, diferentes sujetos esquizofrénicos con el mismo marco de referencia ideodinámico del primer día tendía a ser estereotipados en diferentes errores en los días subsecuentes." (9).

4."Se sugirió que la "perturbación asociativa" podría verse como emergiendo de una estructura asociativa aberrante o de una estructura normal latente con "inaccesibilidad" temporaria. Los presentes hallazgos, y aquellos de Bopp (1955), apoyan el último punto de vista acerca de la perturbación de asociación esquizofrénica." (9).

En suma, los autores demostraron que existen tres marcos de referencia ideodinámico interpretados de la siguiente manera: (a) marco de referencia objetivo, estructurado por una actitud concreta, denotativa hacia las palabras; (b) marco de referencia conceptual, donde la actitud del sujeto hacia las palabras es en forma conceptual, abstracta; y (c) marco de velocidad, donde vemos que la actitud del sujeto se basa en dar su respuesta lo más rapidamente posible.

9 MORAN, L. C., MEFFERD, R.B.,JR.,& KIMBLE, J.P.,JR. Standarization of psychometric and psychodiagnostic test for daily measurements in psychopharmacological research. Trans.Fourth Res. Conf. on Chemotherapy in Psychiat. Vet. Admin., 1960a,4

Los sujetos con uno de los marcos de referencia ideodinámico ya descritos tendían a dar altas asociaciones populares a las palabras estímulo más compatible con su marco y a cometer más errores indicadores de complejos en las otras palabras estímulo. Esto, lo interpretan los investigadores - como el reflejo de los efectos de facilitación e inhibi--- ción del marco ideodinámico. (9).

Los mismos tres marcos de referencia ideodinámicos se encontraron en los esquizofrénicos. Sin embargo, después del primer día los marcos, aunque operativos, fueron menos dominantes, es decir, menos representativos. Estos autores llegaron a la hipótesis de que "los esquizofrénicos no difieren- de los normales en la estructura asociativa."

9 MORAN, L. J., MEFFERD, R.B., JR., & KIMBLE, J.P.,JR Standarization of psychometric and psychodiagnostic tests for daily measurements in psychopharmacological research. Trans. Fourth Res. Conf. on Chemotherapy in Psychiat. Vet. Admin., 1960a,4,135-138.

THE CLINICAL APLICATION OF PSICOLOGICAL TESTS.
DIAGNOSTIC SUMMARIES AND CASE STUDIES.
BY
R O Y S C H A F E R , M. A. (1948).

The Menninger Foundation Monograph series No. 6.
International Universities Press, Inc.
New York, N.Y.

TEST DE ASOCIACION DE PALABRAS:

NEUROSIS OBSESIVA-COMPULSIVA:-(Pag. 31).

Las reacciones son generalmente rápidas en una relación conceptual-convencional con la palabra-estímulo. En el retest, el recuerdo de las palabras originales es casi exacto. Los casos más rígidos con frecuencia manifiestan una tendencia a regresar a definiciones de más de una palabra frente a un bloqueo temporario. Los intelectualizadores extremos tienden a emplear palabras de reacción ostentosas, por ejemplo: b a i l e "Terpsícore", boca "orificio", bebida "embebe", casa "Domicilio".

Se necesita que la persona sea pedante para tener una palabra elegante (afectada) rapidamente disponible cuando está bajo la presión del tiempo y de otras demandas del test. Las imágenes como primeras reacciones pre-verbales a las palabras-estímulo con frecuencia ocurren (se dá también en sujetos esquizoides). Durante la encuesta reportes articulados introspectivamente de pensamientos incompletos y fugaces preceden a las respuestas y son siempre indicativos de características obsesivas.

Los sujetos obsesivos con frecuencia dan reacciones explicativas dilatadas como consecuencia de tener que elegir entre varias posibilidades que les vienen a la mente casi simultáneamente. Con frecuencia las alternativas son opuestas. Respuestas idiosincráticas que se refieren a experiencias personales están con frecuencia presentes.

H I S T E R I A: (pag. 37).

Las palabras con connotaciones sexuales tienden a originar tiempos de reacción conspicuamente prolongados. En algunos casos ninguna respuesta viene. En menos proporción sucede lo mismo con palabras de connotación agresiva. También sobresalen en la ingenuidad, con frecuencia afectividad infantil o reacciones evaluadas en las respuestas, por ejemplo: primavera --"bonita", víbora,-"fea","viscoso-"cucaracha""odio" o "asquerosa", masturbación- "malo" o "aún las palabras me hacen sentir enferma!" Las auto-referencias no son infrecuentes en estos records, pero como suelen ocurrir con frecuencia en los records de los esquizofrénicos y pacientes con desordenes de carácter narcisista, no son concluyentes dianosticamente.

Esta orientación egocentrica se ve en respuestas como madre "la mía" movimiento intestinal "no me gusta", más las reacciones afectivas descritas arriba. En general los histéricos dan reacciones rápidas y

tienen una habilidad adecuada para recordar. Si las imágenes ocurren como reacciones iniciales a las palabras-estímulo, síntomas-fóbicos se sugieren.

N E U R A S T E N I A: (pag. 42).

En muchos casos las respuestas del test se parecen a esas de los-depresivos, en su lentitud, en las definiciones funcionales de -- más de una palabra o en ambas. En ocasiones las palabras-estímulo como: estómago, movimiento intestinal y coito hacen surgir expresiones directas de quejas corporales o respuestas que indican la-necesidad de una encuesta posterior. La encuesta origina las quejas, por ejemplo:-Movimiento intestinal "dolor" o "desagradable"-o "enema -lavativa"; estómago " dolor" o "indigestión". Muchos -- neurasténicos ejecutan el test adecuadamente.

ESTADO DE ANSIEDAD: (pag. 45).

Ocasionalmente un bloqueo de ansiedad ocurre similar a los que se ven en los records de histéricos. Ocasionalmente definiciones de-más de una palabra, que son en efecto un paso hacia el bloqueo, - se acumulan. El tiempo de reacción puede ser generalmente ligeramente dilatado. Como una regla de los aspectos formales en las - respuestas del test no es diagnósticamente instructivo.

Los compulsivos descompensados algunas veces dan muchas respuestas de auto-referencia. Si dominan el resto del test fuertes características obsesivo-compulsivas estas respuestas aunque muy pareci-- das y de poca diferenciación entre ellas de esas dadas por los pacientes con desorden de caracter narcisistico pueden considerarse-indicativas más que una auto-preocupación exacerbada y profunda y-constante egocentricidad. El recuerdo de estas respuestas idiosincráticas es usualmente inadecuado.

DESORDEN DE CARACTER NARCISISTICO: El caso más abiertamente narcisistico usualmente indica su debilidad básica de unión, de liga -- con el objeto por auto-referencias más o menos blandas: mujer-"yo" coito-"maravilloso", espos-"el mío", tertulia-"gran diversión", -- hombres-"sí"!!, masturbarse-"nunca" etc. Es menos significativo -- que el paciente disfrute de tertulias, hombres y coito a que se -- perciba en la situación de test en una forma puramente egocéntrica y no estar ligado por relaciones conceptuales convencionales cuando son compelidos por la mayoría de los sujetos, demuestran que su egocentricidad tiene una cualidad fija y penetrante. Estas respuestas son reminicencias de conceptos egocéntricos en el Sorting Test Exageradas reacciones lábiles a palabras como víbora y sucio "horrible" y pistola "bang" son frecuentes y nuevamente surge el problema del diagnóstico diferencial de la histeria. La tendencia la evasión es frecuentemente evidente en un intento de ofrecer como - respuestas los nombres de objetos del cuarto, palabras pensadas antes de oir el estímulo, clang asociaciones o completamiento de frases (book-"ends"). Pag. 50.

ADICTOS AL ADCOHOL: Fuerte conflicto sobre las necesidades orales pasivas. (pecho, bebida, mamar, boca, morder, etc). son generalmente abundantes. Estas perturbaciones incluyen tiempo de reacción dilatado, expresiones afectivas, recuerdos falsos (retest) o respuestas inusuales o vívidas.

Una paciente de la Clínica Menninger adicta cuyas asociaciones de palabras fueron generalmente ordenadas y convencionales, respondió a b e b e r con una imágen vívida de un Bourbon y soda incluyendo cubitos de hielo, burbujas y todo helado en un vaso alto, y respondió a mamar con una imágen vívida de ella misma chupando el jugo de una naranja a través de un hoyo cortado en la cáscara. Estas respuestas vívidas sobre-específicas si estan en oposición en el resto del record sugieren tendencias adictas.

Una palabra de cautela:- Estas palabras de estímulos orales son más o menos perturbadoras en la mayoría de los pacientes probablemente porque las necesidades orales pasivas juegan un rol importante en la mayoría de las enfermedades; solamente si éstas son las únicas y las más conspicuas palabras perturbadoras se sugieren tendencias adictas. Por supuesto una baja tolerancia a la ansiedad y una pasividad deben ser evidentes a través de las pruebas antes que se pueda hacer una específica afirmación. Los alcohólicos reactivos frecuentemente presentan las características de aquellos típicas de estados de ansiedad por caracteres compulsivos descompensados y énfasis del contenido oral en los tests proyectivos. Pag. 56.

DEPRESION NEUROTICA Y PSICOTICA: Pag. 60.)

DESORDENES DE CARACTER PSICOPATICO: Pag. 56

Los psicópatas dan pocas asociaciones fonomiméticas particularmente cuando no conocen la palabra-estímulo. Vagina "Virginia" puramente en base de asociación fonética. Dan también unas cuantas completamiento de frases. Ambos tipos de respuestas indican un impulsivo e irreflexivo modo de pensar. Ocasionalmente un psicópata como el narcisista evasivo sistemáticamente nombrará los objetos en el cuarto, prepara respuestas con anticipación o buscará rimas.

DEPRESION NEUROTICA Y PSICOTICA: Pag. 60.

El record en su totalidad está generalmente caracterizado por ausencia de libertad y agilidad de asociación. El tiempo de reacción generalmente excede a 2 segundos y solamente en las palabras más fáciles (perro, silla, etc.) puede ser más breve. Las palabras traumáticas sin tomar en cuenta su connotación específica generalmente son las de respuesta más dilatada. Cuantitativamente las asociaciones se caracterizan por su "cercanía" conceptual a las palabras-estímulo. El bloqueo y el retardo impiden el éxito al buscar "otra palabra" y como resultado palabras múltiples (más de una palabra) y definiciones funcionales son frecuentes. Unas cuantas asociaciones puramente personales y aparentemente distantes pueden ocurrir. Esquizofrénicos con rasgos depresivos pueden dar records similares; la mayoría de estos, sin embargo, dan varias definiciones bizarras y por lo tanto facilitan el diagnóstico diferencial.

ESQUIZOFRENIA: (pag. 74).

La desorganización esquizofrénica del proceso asociativo conceptual se ve en: (1) bloqueo esporádico, manifestado en una marcada variabilidad del tiempo de reacción con poca relación sistemática entre las demoras y las connotaciones de las palabras-estímulo; (2) una incidencia marcadamente baja de relación convencional (popular) entre la palabra-estímulo y la reacción (3) son relativamente frecuentes las reacciones "distantes"; esto es, reacciones cuyo contenido no está claramente relacionado a la palabra-estímulo ya sea conceptualmente o en base al contexto concreto convencional; es especialmente diagnóstico si las reacciones de contenido sexual o agresivo se dan como reacción a palabras-estímulo neutrales; (4) asociaciones fonomiméticas y completamiento de frases, principalmente las últimas si son frecuentes y forzadas: (taxi: "dermatólogo"); (5) una abundancia de asociaciones personales.

Ejemplos de reacciones "distantes": movimiento intestinal: "comer" (?)"es la eliminación del alimento que ha ingerido"; masturbación: "pérdida" (?) cuando usted se masturba usted tiene un orgasmo y hay pérdida de su semen;" tertulia: "parado" (?) la gente danza en las tertulias y yo no puedo, así es que estoy de pie alrededor y observo"; ciudad: "policia"; (?) Estaba pensando en la otra prueba (Bellevue) y las ventajas de la ciudad"; perro: "coito" (?) tenía una imágen de perros teniendo relación sexual; hospital: "funeral"; baul: "torso" (?) pensé en un asesinato y cortando el cuerpo en pequeños pedazos los puse dentro del baul"; cine: "erección"; perro: "matar"; caballo: "tenía una imágen de un caballo defecando sobre una pila de heces y me imagine cuando usted dijo movimiento intestinal (unas quince palabras antes)."

En los depresivos se encuentra también una reacción variable de tiempo pero muy raras veces es rápida, mientras que los esquizofrénicos son con frecuencia muy lentos y muy rápidos alternativamente. Los psicóticos depresivos pueden dar también unas pocas asociaciones distantes pero generalmente producen records donde predominan las definiciones y bloqueos. Mucha auto-referencia pueden darla sujetos egocéntricos o cierto tipo de obsesivos. Si no hay una lógica absurda en la encuesta, si la elección de la palabra reacción personal es rapidamente comprendida, si el resto del test carece de indicaciones esquizofrénicas, las auto-referencias pueden generalmente ser comprendidas como manifestaciones de extrema egocentricidad o de preocupación obsesiva.

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE: (pag. 83).

Este término designa esos casos que son, como regla, no generalmente bizarros sino que han desarrollado una característica predominantemente paranoide, ideas de grandeza o de natura

leza persecutoria y están confusos, o apáticos o retardados.

En base a los resultados del test, es difícil distinguir algunos de los esquizofrénicos paranoides retardados y agudos de los psicóticos o cuadros severos de neuróticos depresivos. Como una regla, estos casos pueden detectarse solamente si una batería de tests se administra; el resultado, en cualquiera de los tests puede estar bien organizado. Esta cualidad de buena preservación en los tests de casos de paranoides agudos aparece paralela a la observación clínica que la estructura ilusiva puede apenas tocar el sistema de la relación lógica convencional. Las principales características que deben buscarse en los resultados del test son las apariciones esporádicas de pensamiento basicamente desorganizado y organización perceptual arbitraria en un arreglo de inhibición y extrema cautela suspicaz o confusión y agitación. Nuevamente, sin embargo, cualquiera de las características del test mencionadas en la sección general de esquizofrenia pueden estar presentes.

ESQUIZOFRENIA SIMPLE:

En estos casos el retraimiento, la apatía, la blandura, o ausencia de despliegue afectivo y peculiaridades de conducta y pensamiento son las características clínicas de diagnóstico. Los actos "anti-sociales" pueden ser conspicuos en este cuadro; en las mujeres con esquizofrenia simple esto con frecuencia toma la forma de promiscuidad. La experiencia que debe resumirse abajo se ha tenido principalmente con esquizofrénicos simples de veinticinco años de edad o menos; casos de mayor edad no se han visto con frecuencia en la Clínica Menninger. Ocasionalmente se encuentra cierta dificultad en distinguir a los esquizofrénicos simples de los psicópatas blandos o inhibidos, esquizoides, sujetos normales de baja inteligencia o de un pobre pasado cultural. Las principales características que deben buscarse en los resultados del test son bloqueo y perseveración, "aplanamiento" ausencia de indicaciones de responsividad emocional y esfuerzos de raport, peculiaridades del pensamiento y general pérdida de interés.

ESQUIZOFRENIA INCIPIENTE:

En el test de asociación de palabras es con frecuencia una excepción el que las indicaciones de desorganización sean pocas y separadas unas de otras; frecuentemente está cargado con reacciones dramáticas y desviadas. Asociaciones sexualmente inapropiadas o agresivas, imágenes extremadamente vívidas de tal manera que las respuestas de las imágenes reemplazan las de una palabra y la expresión de sentimientos casi bizarros o ideas bizarras pueden dominar el record. El contraste de este test con una escala ordenada del Bellevue con frecuencia guía al diagnóstico correcto. Una gran proporción de estos casos; sin embargo, dan un juego de asociaciones ordenadas y diagnosticamente no reveladoras.

CONDICION PARANOIDE:

Los pacientes que se han de discutir bajo este encabezado de diagnóstico, son aquellos que han desarrollado ideas simples, encapsuladas paranoides y que no revelan en un exámen clínico desorganización extendida o trazas de un proceso de desorganización. Generalmente son capaces de funcionar efectivamente y con propiedad en la mayoría de las areas y pueden aún continuar trabajando mientras estan enfermos. Estos casos son los más difíciles de diagnosticar en base a los resultados del test. Muchos de ellos no pueden distinguirse de los normales. Tal vez otros tests además de los incluídos en esta batería pudieran facilitar los diagnósticos correctos en la mayoría de los casos.

CARACTER PARANOIDE:

Estos casos se distinguen por una suspicacia estricta y una gran cautela. Su patrón de vida se construye alrededor de prueba y refutación, evidencia y especulación, deducción e inferencia. En una palabra viven ejemplos de mentes silogistas.

Los resultados del test son generalmente claramente de diagnostico. Claras respuestas esquizofrénicas ausentes pero la cualidad del pensamiento mencionado arriba prevalece. Rasgos compulsivos-obsesivos son generalmente sobresalientes, clínicamente y en los resultados del test.

S U M A R I O.

Las investigaciones llevadas a cabo por medio del Test de Asociación de Palabras son numerosos y ya han sido presentados en el capítulo que corresponde a la historia de este test. Sumarizamos aquí los cambios de orientación que ha sufrido esta prueba dentro del campo experimental y clínico.

Jung (1905) establece los métodos de administración e interpretación de la Prueba de Asociación de Palabras; es el primero en dar importancia a las alteraciones de la reacción asociativa y analizarlas como índice de diagnóstico. Considerando en éstas tanto las anormalidades de contenido como las características formales y conducta del sujeto ante la prueba. A su vez Rapaport Gill y Shaffer (1945/1946) dan mayor importancia a las características formales sin excluir las alteraciones de contenido para lograr un diagnóstico diferencial y evaluar la debilidad y fuerza yoica. Estos autores reportan que para la evaluación de las reacciones de asociación debe tenerse presente que mientras el yo es fuerte la palabra reacción revela sólo rara vez la naturaleza del conflicto, y cuando la desorganización se extiende las perturbaciones de la asociación no es ya representativa del conflicto. Asímismo manifiestan que a través de su experiencia han llegado a la conclusión de que "Las areas de ideación cargadas afectivamente podrán inferirse harto mejor desde la palabra estímulo ante la cual ocurre la perturbación en la asociación que a partir del contenido de la palabra reacción."

Ahora bien, dentro del terreno experimental presentamos a Karwoski y Berthold (1945) que investigaron sobre la confiabilidad y contenido del test de Asociación de Palabras encontrando que: "...existe la posibilidad de que haya una tendencia por parte de los individuos a responder ya sea en opuestos o similaridades"; Moran, Mefferd y Kimble continúan este enfoque experimental sobre las diferencias individuales en el marco de refe--

rencia ideodinámico para el estudio de la estructura de la asociación de los sujetos normales y esquizofrénicos. Estos autores se interesaron en establecer una útil diferenciación entre el amplio término de "perturbación asociativa" entre estructura de asociación y proceso de asociación, es decir, la eficiencia mediadora en un momento particular. Estos autores comentan que la distinción puede tener utilidad potencial para una mejor comprensión de la naturaleza de la "perturbación asociativa" en la esquizofrenia. La interpretación de una respuesta desviada como el producto de una estructura de asociación aberrante tiene implicaciones muy diferentes de la interpretación de la respuesta como resultado de una temporaria "inaccesibilidad" a una estructura asociativa por lo demás normal. La primera interpretación, comentan estos autores, implica la necesidad de tratamiento psicológico (psicoterapia a los esquizofrénicos), la última admite la posibilidad de un tratamiento somático totalmente efectivo, "por ejemplo, la corrección de una anormalidad bioquímica que ha actuado para conservar al individuo en un estado confuso, resultando inmediatamente en una persona "normal".

Moran, Mefferd, y Kimble reportan los hallazgos de su investigación de la siguiente manera: a) La perturbación de asociación esquizofrénica puede verse como emergiendo de una estructura asociativa normal latente con "inaccesibilidad" temporaria. b) Tanto en los esquizofrénicos como en los normales existen tres marcos de referencia ideodinámicos: (a) marco de referencia objetivo, estructurado por una actitud concreta, denotativa hacia las palabras; (b) marco de referencia ideodinámico-conceptual donde la actitud del sujeto hacia las palabras es en forma conceptual, abstracta; y (c) marco de velocidad donde la actitud del sujeto se basa en dar su respuesta lo más rapidamente posible.

Moran, Mefferd y Kimble concluyen que los esquizofrénicos no difieren de los normales en la estructura asociativa.

TABLA 1

LISTA DE PALABRAS DE ASOCIACION LIBRE DE JUNG (Modificada por Eder.)

1. cabeza	26. azul	51. rana	76. espera
2. verde	27. lámpara	52. intentar	77. vaca
3. agua	28. llevar	53. hambre	78. nombre
4. canto	29. pan	54. blanco	79. suerte
5. muerte	30. rico	55. niño	80. decir
6. largo	31. árbol	56. hablar	81. mesa
7. barco	32. saltar	57. lápiz	82. mal educado
8. hacer	33. lástima	58. triste	83. hermano
9. mujer	34. amarillo	59. ciruela	84. miedo
10. amistoso	35. calle	60. casarse	85. amor
11. hornear	36. ocultar	61. hogar	86. silla
12. preguntar	37. sal	62. desagradable	87. preocupación
13. frío	38. nuevo	63. vaso	88. beso
14. tallo	39. hábito	64. vuelo	89. riendas
15. bailar	40. rogar	65. lana	90. limpio
16. pueblo	41. dinero	66. grande	91. valija
17. laguna	42. socio	67. zanahoria	92. elección
18. enfermo	43. libro	68. dar	93. cama
19. orgulloso	44. despreciar	69. doctor	94. placentera
20. traer	45. dedo	70. canoso	95. feliz
21. tinta	46. alegre	71. flor	96. cerrar
22. enojado	47. pájaro	72. golpear	97. herida
23. aguja	48. caminar	73. caja	98. maligno
24. nadar	49. papel	74. viejo	99. puerta
25. ir	50. malvado	75. familia	100. insulto

C. G. Jung, Studies in word-association. (London: Wm. Heinemann, 1918), p. vii.

TABLA 2

LISTA DE PALABRAS DE ASOCIACION LIBRE DE KENT-ROSANOFF

1. mesa	26. deseo	51. tallo	76. amargo
2. oscuro	27. río	52. lámpara	77. martillo
3. música	28. blanco	53. soñar	78. sediento
4. enfermedad	29. hermoso	54. amarillo	79. ciudad
5. hombre	30. ventana	55. pan	80. parque
6. profundo	31. áspero	56. justicia	81. manteca
7. blando	32. ciudadano	57. muchacho	82. doctor
8. comer	33. pie	58. luz	83. ruidoso
9. montaña	34. araña	59. salud	84. ladrón
10. casa	35. aguja	60. biblia	85. león
11. negro	36. rojo	61. memoria	86. juguete
12. carnero	37. dormir	62. oveja	87. cama
13. comodidad	38. enojo	63. baño	88. pesado
14. mano	39. alfombra	64. cabaña	89. tabaco
15. corto	40. muchacha	65. veloz	90. bebé
16. fruta	41. alto	66. azul	91. luna
17. mariposa	42. trabajo	67. hambre	92. tijera
18. suave	43. agrio	68. sacerdote	93. tranquilo
19. mandar	44. tierra	69. oceano	94. verde
20. silla	45. perturbar	70. cabeza	95. sal
21. dulce	46. soldado	71. estufa	96. calle
22. silbar	47. repollo	72. largo	97. rey
23. mujer	48. duro	73. religión	98. queso
24. frío	49. águila	74. whisky	99. capullo
25. despacio	50. estómago	75. criatura	100. miedo

G. M. Kent y A. J. Rosanoff, A study of association in insanity, Amer. J. Insanity, 67 (1910), p. 374/90.

TABLA 3

Lista de palabras-estímulo confeccionada por el doctor W. D. Orbison.

1.	mundo	21.	suicidio	41.	taxi
2.	amor	22.	montaña	42.	madre
3.	padre	23.	casa	43.	mesa
4.	sombrero	24.	papel	44.	bife #
5.	pecho	25.	homosexual	45.	pezón
6.	cortinas	26.	radiador	46.	carrera
7.	baúl	27.	novia	47.	agua
8.	bebida	28.	persiana	48.	mamar
9.	fiesta	29.	masturbarse	49.	caballo
10.	defecar	30.	marco	50.	fuego
11.	libro	31.	hombre	51.	vagina
12.	lámpara	32.	orgasmo	52.	granja
13.	felpudo	33.	cine	53.	social
14.	silla	34.	tajo	54.	hijo
15.	novio	35.	risa	55.	impuestos
16.	pene	36.	mordisco	56.	tabaco
17.	oscuridad	37.	mujeres	57.	ciudad
18.	deprimido	38.	baile	58.	cópula
19.	primavera	39.	perro	59.	hospital
20.	vajilla	40.	hija	60.	doctor

En esta investigación se sustituyo el reactivo 44 "bife" por bistec, por juzgarlo más adecuado a nuestra socio-cultura.

13 RAPAPORT, DAVID, "Tests de Diagnóstico Psicológico", pag. 156, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1959.

TABLA 4

Lista de Asociación de Palabras.
(Rapaport, Gill y Shafer, 54)

1. Sombrero	21. suicidio	41. cortar
2. lámpara	22. montaña	42. película
3. amor	23. serpiente	43. cucaracha
4. libro	24. casa	44. morder
5. padre	25. vagina	45. perro
6. papel	26. tabaco	46. bailar
7. pecho	27. boca	47. fusil
8. cortina	28. caballo	48. agua
9. tronco	29. masturbación	49. marido
10. beber	30. esposa	50. barro
11. tertulia	31. mesa	51. mujer
12. primavera	32. combate	52. fuego
13. evacuar	33. carne	53. chupar
14. felpudo	34. estómago	54. dinero
15. muchacho, amigo	35. granja	55. madre
16. silla	36. hombre	56. hospital
17. pantalla	37. impuestos	57. muchacha, amiga.
18. pene	38. pezón	58. taxi
19. radiador	39. doctor	59. intercambio
20. marco	40. sucio	60. hambre

D. Rapaport, M. Gill y R. Shafer, Diagnostic Psychological Tesging: the theory, statistical evaluation, and diagnostic application of a battery of tests. Vo. II (Chicago: Year Book Pubs., 1946), p. 84.

TABLA 5

REACCIONES PROXIMAS Y DISTANTES
DE LA PRUEBA DE ORBISON

REACCIONES PROXIMAS: Estas son representativas del proceso asociativo que se detiene en la etapa analítica (de descomposición) con el resultado de que la palabra reacción apenas difiere de la del estímulo, siendo las más destacadas y frecuentes:

a) Reacción con la palabra-estimulo ó repetición total ___ RT.

a) Ausencia de reacción(incapacidad para desprenderse de aquella palabra) ó sea bloqueo..... B.

b) Reacción con una definición de varias palabras del vocablo-estímulo (hija: "Descendiente de mujer", sin lograr ajustarse, de este modo, a las instrucciones del test que exigen específicamente "dar una sola palabra")..... Def.

c) Reacción con referencias a sí mismo (casa: "Mi casa" RSM.

d) Reacción con repetición de la palabra-estímulo, con algún agregado o en forma más breve (fuego: "fuego del bosque"...ó.repetición.parcial..... RP.

e) Reacción con una imágen en lugar de una palabra (no se me ocurre ninguna palabra; sólo un cuadro") que puede representar el estímulo (casa: "la imagen de ella"), puede estar relacionada con ella (imagen de un árbol). Algunas reacciones vagamente relacionadas con la palabra estímulo suele obedecer, según lo demuestra la interrogación del sujeto, a la interposición de una imágen (casa: "blanco"). Im.

f) Reacción con un neologismo o agregado que le cambia el sentido N.

g) Reacción con asociaciones fonomiméticas o aliteraciones: vagina: "Virginia"..... AF.

h) Reacción con nombres de objetos tomados al azar, del gabinete del examinador..... MO.

i) Reacción con una palabra o fragmento de palabra que tiende a "completar" la idea del estímulo: primavera: "llegó"..... CF.

j) Perseveración, que puede manifestarse en el uso de la misma respuesta para palabras-estímulo no relacionadas, o en el de palabras-estímulo para las reacciones subsiguientes..... P.

REACCIONES DISTANTES: Bajo este encabezado se encuentran las Reacciones Inconexas, las Reacciones Distantes propiamente dichas y las Medianamente Distantes, en el órden jerárquico que a continuación exponemos:

Grupo (a):
Reacciones Inconexas (Rapaport) Reacciones que no parecen guardar relación alguna con la palabra estímulo ejem: libro: "pavo".

Grupo (b):
Reacciones Distantes (Rapaport) Reacciones que parecen hallarse débilmente relacionadas con la palabra-estímulo, sin que el sujeto tenga conciencia de la menor relación, suicidio: "muicidio", "mujercidio".

Grupo (c):
Reacciones Distantes (Rapaport) Reacciones explicadas por una vaga, y a veces absurda, cadena de conexiones, baile: "comida" (la gente a veces come en los bailes).

Grupo (d):
Reacciones Distantes (Rapaport) Reacciones que a primera vista no parecen guardar relación con la palabra-estímulo, pero que al ser interrogado el sujeto, resultan tener un valor idiosincrásico (casa: "vacía"; masturbarse: "pérdida").

Grupo (e):
Reacciones Medianamente Distantes: (Rapaport) Reacciones que oscilan entre las anteriores y las populares como por ejemplo las respuestas generalizantes libremente coordinadas o supraordinadas (risa: "mandibula": silla: "casa").

REACCIONES DISTANTES P O S I T I V A S: Se encuentran entre las Reacciones Distantes Positivas las del grupo (d) de Rapaport que no sólo no son índice de patología esquizofrénica sino que representan el pensamiento original y vívido del normal, pudiendo presentarse en los depresivos o neuróticos. también. Son Reacciones Distantes Positivas las "Variables Estructurales" de Moran representadas por: sinónimos, opuestos, coordinación lógica, supraordinada, subordinada y funcional. Estas últimas se consideraron en esta investigación como Medianamente Distantes Positivas.

TABLA 6

CARACTERISTICAS DE LAS RESPUESTAS DE ASOCIACION DE PALABRAS EN DIVERSOS GRUPOS CLINICOS.

(Según Rapaport, Gill y Shafer,)

Clasificación Clínica.	Reacciones cercanas.	Reacciones distantes.	Tipos específicos de asociaciones	Tiempo de reacción.	Reproducciones.
Esquizofrénicos:					
a) No clasificados, paranoides y simples, considerados conjuntamente.		Monto significativo de reacciones distantes.	Tendencia significativa a la asociación por el sonido y a completar la frase. Frecuentes reacciones multipalábricas y bloqueo.	Variabilidad del tiempo de reacción: Reacciones distantes relativamente rápidas.	Distorsiones más serias que en los neuróticos o normales.
b) Deteriorados no clasificados.		Reacciones distantes no relacionadas.	Bloqueo, resonancia multipalábrica.	Variabilidad extrema.	Muy ineficaces múltiples intentos falsos de reproducción y no relacionados, tendiendo a ser más inaceptable, que las reacciones originales.
c) Crónicos.		Excesivamente agudas.	Excesiva agudeza en el número de resonancias y referencias a sí mismo.		
d) Simple			Resonancias no relacionadas y respuestas perseverantes.		

Condiciones paranoides.		Relativamente altas, sobrepasando a los neuróticos y normales.	Tendencia a las definiciones y repeticiones. Imágenes, aunque no en gran cantidad.	Perturbaciones no conspicuas	Perturbaciones no conspicuas.
Pre-esquizofrénicos: a) Coartados	Alta incidencia		Menos definiciones que en los depresivos. Acumulación de imágenes, bloqueo y repetición.	Lentitud no generalizada	Superiores a los depresivos.
b) Sobre-idea-cionales.		Parecido a la esquizofrenia incipiente.	Tendencia a las reacciones idiosincrásicas, ligeramente distantes, más que a las no relacionadas; también muestran asociaciones por resonancia-completamiento de la frase y reacciones emocionales. Sin acumulación de bloqueo, repetición o diversas formas de contigüidad.		Más pobres que en los esquizofrénicos coartados — Preponderancia de las perturbaciones.
c) Depresivos	Acumulación de todos los tipos.		Particularmente definiciones.	Lentitud generalizada variable pero con algunas respuestas rápidas.	

TABLA (Cont.).

Clasificación Clínica.	Reacciones cercanas.	Reacciones Distantes.	Tipos específicos de asociaciones.	Tiempo de reacción.	Reproducciones.
a) Psicóticos depresivos	Más que en neuróticos depresivos.	Más que en neuróticos depresivos	Más formas de bloqueo		
Neuróticos: a) Histéricos.			Mayor incidencia de bloqueo, algunas veces en la dificultad para reaccionar y en las definiciones.	Pocos tiempos de reacción extremadamente prolongados la forma más característica del bloqueo habitualmente con palabras de contenido sexual.	Pequeñas perturbaciones.
b) Ansiedad y Depresión.	Baja incidencia, exceptuando las repeticiones.			Pequeñas perturbaciones.	Ordenadas.
c) Depresivos		Tendencia a la acumulación de las ligeramente distantes.	Tendencia a las asociaciones idiosincrásicas, pero no forzadas.		

d) Obsesivo-compulsivo.		Numerosas - ligeramente distantes.	Alta incidencia de -- las imágenes; numerosas ideas idiosincrásicas.		
e) Miscelánea.		El mayor número de ligeramente - distantes - entre los - neuróticos.	Tendencia a las imágenes y definiciones.		
f) Neuróticos, en general.	Baja - incidencia en comparación - con -- los esquizofrénicos, y depresivos.	Generalmente baja incidencia, - en comparación con -- los esquizofrénicos y- depresivos.		Más rápido y menos variable que en los esquizofrénicos y depresivos.	
N o r m a l: (Hombre corriente.)	La más alta incidencia de reacciones relativas populares o convencionalmente -- conceptuales.		Las palabras de connotación sexual ofrecen las más grandes dificultades.	El más corto; el más uniforme.	Ligeramente inferior a -- los neuróticos, pero significativamente superior a - los esquizofrénicos y depresivos. El menor número de perturbaciones graves - en el recuerdo.

TABLA 7.

SEMANTICA DE LAS VARIABLES DE LA PRUEBA DE ASOCIACION DE PALABRAS UTILIZADA POR LOS AUTORES MAS RELEVANTES. Y OBJETIVO DE LA PRUEBA.

J U N G	KENT-ROSANOFF	KARWOSKI Y BERTHOLD	RAPAPORT, GILL Y SHAFFER	MORAN, MEFFERD Y KIMBLE
Análisis del contenido de la reacción asociativa e indicadores de complejos. ALTERACIONES DE CONTENIDO: 1) Egocéntrica o subjetiva llamada "predicativa"; ejem: sustantivo que evoca un adjetivo modificante; verbo que evoca un sujeto o un objeto. La respuesta mediante un nombre propio, la R en la cual el Estímulo es tomado como un nombre propio. la R por pronombres, fracaso de la R, repetición de la palabra estímulo o R vagas, (estas Rs pueden ser populares o Rs definidamente individuales y afectivas).	Análisis de contenido. Estos autores desarrollan y estandarizan el test de asociación de palabras, abandonando el tiempo de reacción y la clasificación lógica de las respuestas como indicadores. De esta manera logran integrar una lista de 100 palabras relativamente neutrales estimando las alteraciones por las respuestas de contenido infrecuente.	Lista de Kent-Rosanoff. (análisis de contenido). SEMEJANZA ESENCIAL: Grande: "vasto" IDENTIFICACION GRAL: Repollo: "Hortaliza" IDENTIFICACION CONTINGENTE: Huevo: "desayuno". IDENTIFICACION ESPECIFICA: "océano-pacífico" OPOSICION ESENCIAL: calor: "frío" OPOSICION CONTINGENTE: pie: "mano". DEFINICION OPERACIONAL: piso: "lavar" INTEGRACION DE FRASE: muchacho: "amigo".	Lista de Orbison modificada. (análisis de contenido y características formales de la reacción asociativa) Significación diagnóstica de las perturbaciones de las asociaciones. Investiga memoria de fijación y evocación CLASIFICACION E INTERPRETACION: 1) Reacciones Cercanas. a) Palabra-estímulo repetida. b) Def. multipalábrica. c) Referencia a sí mismo. d) Repetición Parcial. e) Imágen del estímulo. f) Atributo de la imágen (casa-blanca). g) distorción con sentido o sin sentido, cambiado o enmienda.	Lista de Kent-Rosanoff modificada.) Análisis del contenido e indicadores de complejos. Variables estructurales que investigan el cuadro de referencia ideodinámico del examinado. Indicadores de complejos. VARIABLES ESTRUCTURALES: 1) Sinónimo: capullo "flor". 2) Antónimo: obscuridad, "luz". 3) Coordinación Lógica: azúl "amarillo". 4) Supraordinada: col, "vegetal". 5) Subordinada: Vegetal "col" 6) Funcional: cuchillo, "tenedor"

2) Supraordinada: Definir un estímulo nombrando la clase a la que pertenece.

3) Contrastante opuesta: que es el mecanismo mental opuesto al egocéntrico.

4) Miscelánea: que incluye causalidad, coexistencia, identidad, reacción de tipo concreto distinta de aquella primera egocentrica.

5) Hábito discursivo: En la que el S construye frases comunes, o combinaciones de palabras, asociadas por su sonido o por un cambio sintáxico del estímulo.

Fueron especialmente importantes para revelar una alteración emocional: la repetición de la palabra estímulo, las contestaciones tartamudeadas, musitantes, o respuestas multiverbales.

El tiempo de reacción se ha revelado como un indicador difícil.

t' prolongado frente a ciertas palabras = complejización personal; demasiado breve = encubrimiento defensivo.

h) Resonante o Alterada. k) Mención de Objetos.

2) Reacciones Distantes. (5 tipos).

a) Sin conexión aparente + la PE y PR y sin explicación para el S.
b) Cierta conexión aparente, tenue pero sin explicación del S.
c) Aparente conexión tenue, por una vaga, arbitraria y a veces absurda cadena de conexiones.
d) Reacción idiosincrásica.
e) Generalizaciones apenas coordinadas y supraordenadas entre otras reacciones populares. (las reacciones en a) = "distantes no relacionadas; en b),c)d) "ligeramente distantes"

3) Análisis de Contenido. (perturbaciones ante l grupo específico de estímulos (agresividad; contenido no habitual en R individual.
4) Perturbaciones de Reproducción: que indican el grado de estabilidad de la organización del pensamiento.
5) Complejos indicadores tradicionales. t' de reacción, de reproducción, etc.

VARIABLES INDICADORES DE COMPLEJOS.

7) Reacción Multipalábrica.

8) Bloqueo.

9) Reacciones Distantes.

10) Tiempo de Reacción, en segundos.

11) Falla en la Reproducción.

CONCLUSION: 1) Estos autores investigan las diferencias individuales características del marco de referencia ideodinámico:

Marco Asociativo Ideodinámico de Referencia Objetiva:

(actitud concreta y denotativa hacia las palabras.)

Marco Asociativo Ideodinámico de Referencia Conceptual.

(Actitud abstractiva, conceptual hacia las palabras.)

Marco Asociativo Ideodinámico de velocidad.

(Actitud de tener que responder lo más rápido posible)

E S Q U I Z O F R E N I A.

1.- EVOLUCION DEL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA.

John Conolly, del Hanwell Asylum, en Inglaterra, describe - por el año de 1849 en sus Croonian Lectures el cuadro clínico que ahora conocemos como esquizofrenia.(11).

Es hasta el año de 1860 cuando Morel utiliza por primera vez el término de demencia precoz (démence précoce) en el caso de un niño con hebefrenia catatónica, interpretando esta desorganización de la personalidad como una detención del desarrollo que debería agruparse junto con la debilidad mental, entre las "variantes de la degeneración intelectual, física y moral" que resultan de factores hereditarios, es decir, como una "demencia estúpida".(11).

Kahlbaum fue el primero que realizó un esfuerzo conciente -- por clasificar procesos patológicos a partir de conjunto de síntomas describiendo a la demencia precoz como una entidad particular; y así vemos que en 1863 llama la atención sobre el complejo de síntomas catatónicos en su "Agrupamiento de - enfermedades psíquicas"; ya en su monografía publicada en - 1874 describe esta enfermedad con mayor precisión.(12). Las ideas y la clasificación de Kahlbaun encontraron escaso apoyo fuera de Alemania. Aun Ségas y Chaslin, quienes habían sido los primeros en interesarse profundamente por el problema de la catatonia, llegaron a la conclusión de que era un complejo de síntomas, y no una enfermedad propiamente dicha. En Inglaterra sólo más tarde se concedió atención al tema.(12).

En la evolución del concepto de esquizofrenia Hecker es el - primero en determinar los síntomas específicos de la hebefrenia, continuando la sugestión de su maestro Kahlbaum, en el año de 1871.(12). En una fecha temprana, Schule pudo describir a la catatonia como "una hebefrenia en conjunción con --

11 NOYES, ARTHUR P. "Psiquiatría Clínica Moderna" pags. 416, ----417. La Prensa Médica Mexicana, 1961.

12 BLEULER EUGEN, "Demencia Precoz. El Grupo de las Esquizo ----frenias". pags. 11/12. Ediciones Hormé. Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

neurosis de tensión". (11).

En 1896, Kraepelin incluyó a las"psicosis deteriorantes" - en un grupo de enfermedades que, según creyó, eran esencialmente trastornos metabólicos. Al principio, aplicó el término demencia precoz (que adoptó nuevamente) solamente a las-hebefrenias, y a los que otros autores habían denominado -- los síndromes "demenciales" (deteriorantes)primarios. Tres-años más tarde, en 1899 al editar su segunda edición incluyó a todo el grupo deteriorante bajo el término de demencia precoz. La catatonia retuvo su significado usual; incluye a la hebefrenia, y a la anteriormente denominada paranoia alucinante o fantástica; es decir, demuestra la posible existencia de un común denominador entre síndromes tan aparentemente distantes como la hebefrenia de Hecker, la catatonia de - Kahlbaum y muchas psicosis paranoides. Krapelin se retiró un tanto de su anterior posición, en la que había acentuado muy fuertemente que el curso de la enfermedad siempre termina en deterioración. Vemos que Kraepelin a pesar de considerar a - la demencia precoz sobre un criterio evolutivo demencial es-capaz de aceptar en el grupo de la demencia precoz a muchos-casos que lograban una remisión permanente o detención del - proceso patológico durante períodos muy largos. (11);(12).

En 1906, Adolfo Meyer comenzó a elaborar la tesis de que la demencia precoz no es una sola entidad patológica que fatalmente evolucione a la demencia, sino que era el resultado de una "constitución", es decir, un tipo de reacción que se desarrolla en ciertas personalidades predispuestas. Su - enfoque era naturalista basado en la constitución, experiencias y antecedentes vitales del enfermo. (11).

11 NOYES, ARTHUR P. "Psiquiatría Clínica Moderna" pag. 417. ---- La Prensa Médica Mexicana, 1961.

12 BLEULER EUGEN, "Demencia Precoz. El Grupo de las Esqui-----zofrenias. pags. 12/13. Ediciones Hormé. Editorial -- Paidos, Buenos Aires, 1960.

Otra aportación brillante y significativa en la historia de la demencia precoz se hace evidente cuando en 1911 Bleuler cambia el nombre a la enfermedad para evitar el mal entendido del concepto clásico descrito por Kraepelin. La denomina esquizofrenia porque para él el "d e s d o b l a m i e n t o" de las distintas funciones psíquicas era una de las características más importantes de la misma. Establece como síntomas básicos la "laxitud de las asociaciones", el "pensamiento autista", y la "ambivalencia". Bleuler enfatiza sobre -- los 'dos principios vitales' esquizoidismo y sintonía, es - decir sobre el aspecto afectivo cuyo juego recíproco regula nuestra actitud respecto de los acontecimientos, de las personas y de los objetos circundantes.(12).

Freud desde 1894 se interesó en estudiar los fenómenos alucinatorios; en 1911 hizo un exhaustivo estudio en muchos aspectos del proceso psicótico en su disertación del caso -- Schreber, monografía que se ha convertido en la fuente más importante para la formulación psicodinámica. En 1914 establece, desde el punto de vista de la libido, las grandes diferencias existentes entre la demencia precoz, llamada por él 'parafrenia' y la paranoia. Considera al cuadro paranoide como un tipo clínico independiente. Para él las diferencias residen en una distinta localización de la fijación -- dispositiva y en un distinto mecanismo de retorno, es decir, que para Freud el primer proceso de una psicosis es el retiro de la libido de la realidad y la concomitante pérdida de la prueba de realidad con delusiones y procesos restitutivos compensatorios y adaptativos.(14).

12 BLEULER EUGEN, "Demencia Precoz. El Grupo de las Esquizofrenias". pags. 14/15; 21/103.

14 FREUD SIGMUND, "Obras Completas" Volumen II, pags. 684/691, Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1948.

2. CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA.

Se presentan en forma por demás descriptiva los conceptos de los clásicos en la materia: Kraepelin, Bleuler, Freud, Jung y la de algunos contemporáneos.

El enfoque de Kraepelin es organicista, se aparta del significado psicológico de los síntomas de la demencia precoz; para él las causas de este trastorno podrían ser: (a) una enfermedad degenerativa del cerebro; (b) o trastornos metabólicos que produjesen autointoxicación, conduciendo a un debilitamiento de las reacciones emocionales y volitivas e intelectuales, es decir, enfatiza sobre el aspecto deficitario considerando a la demencia precoz en el sentido literal del término. (11).

Bleuler se opone abiertamente a que se designe y aún se compare a la esquizofrenia con la "demencia", con la imbecilidad y con las psicosis orgánicas pues opina que la demencia en el sentido orgánico es algo fundamentalmente diferente. Para apoyar su hipótesis trata de demostrar que la memoria está hipertrofiada en éstas y conservada en la esquizofrenia. Asimismo, para Bleuler el trastorno esquizofrénico está caracterizado con mayor claridad por el estado de las asociaciones y de la afectividad (12, pag. 80); encuentra que los trastornos de la afectividad influyen sobre la inteligencia en una multitud de maneras y que en general las realizaciones intelectuales varían de acuerdo con los complejos cargados emocionalmente que a veces suprimen la reflexión y otras la utilizan y favorecen, agrega que el estado de inteligencia esquizofrénica está también en relación recíproca con el autismo. Este último no puede surgir sin una concomitante debilidad de la inteligencia y ocasiona así los errores lógicos demenciales por la exclusión de la reali

11 NOYES, ARTHUR P. "Psiquiatría Clínica Moderna" pag. 418, La Prensa Médica Mexicana, 1961.

12 BLEULER EUGEN, "Demencia Precoz. El Grupo de las Esquizofrenias". pags. 80/88. Ediciones Hormé. Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

dad del material del pensamiento. Bleuler concluye que el autismo se relaciona también con la reducida influencia de la experiencia.(12, pag. 88). Enfatiza que el contenido mental de estos enfermos está determinado a menudo por alguna noción pasajera o fantasía repentina y que estas pseudo motivaciones ex post facto y justificaciones "a posteriori" abundan en el pensamiento esquizofrénico.(12)

Como consecuencia de la nueva orientación que dá al concepto de esquizofrenia, extiende sensiblemente los marcos de este trastorno penetrando en el dominio de los carácteres anormales bajo el nombre de "esquizofrenia latente" mucho más frecuente que la "esquizofrenia manifiesta". Hace una división de los síntomas del trastorno en primarios o fundamentales y secundarios o accesorios:

A.-Síntomas primarios: (a) alteración del pensamiento, en cuanto a laxitud de los conceptos y dificultad de asociación. (b) trastornos de la esfera afectiva: indiferencia, irritabilidad, ambivalencia, disociación ideo-afectiva.(c) apartamiento autista de las influencias del mundo exterior. (autismo).

B.-Síntomas secundarios:(a) perturbación de la asociación en cuanto a 'obstrucción' y desdoblamiento sistemático de la psíque. (b) alucinaciones, (c) ideas delirantes (d) ilusiones (e) síntomas somáticos.

Para Bleuler la "deterioración emocional" en las formas francas ocupa el primer plano del cuadro clínico; sin embargo aclara, que, por lo común considera a las perturbaciones afectivas como un síntoma secundario: (12,pag.366). "una verdadera destrucción de la afectividad no puede demostrarse, ni siquiera en los casos graves;....la función ausente puede manifestarse de nuevo al ser tocados los com

12 BLEULER EUGEN, "Demencia Precoz. El Grupo de las Esquizofrenias". pags. 88/90; 366/474.

plejos del paciente....En los casos moderadamente severos, la afectividad está perturbada de una manera que no corres ponde de ningún modo a un debilitamiento general de esa -- particular función; algunas emociones están presentes --- otras no; en realidad la selección efectuada es de tal especie que sólo se la puede explicar sobre la base de causas psíquicas"...(pag. 49) En los casos más leves, esta in diferencia puede estar ausente o disimulada".(12).

Bleuler en sus investigaciones reporta que el único elemento afectivo que se ha conservado, además de la irritabilidad del paciente, es el amor paternal o maternal y que él como Freud llegan a conclusiones similares en cuanto a que la indiferencia afectiva es el resultado de una "represión selectiva" de esta función tan primaria y no de un debilitamiento general o deterioración emocional.(12)pag. 56).

Freud creía que la demencia precoz era más regresiva que la paranoia y propuso para el primer grupo el nombre más general de 'parafrenia'. Afirma que en la 'parafrenia' existe una fijación dispositiva muy anterior a la paranoia ya que - la regresión no llega tan sólo hasta el narcisismo, que se manifiesta en el delirio de grandezas, sino al abandono total del amor objetivado y al retorno al autoerotismo infantil.(14,pag.691). La paranoia comparte con la demencia precoz el carácter principal de la represión propiamente dicha, la retracción de la libido con regresión al yo, pero se caracteriza por resaltar en este cuadro el proceso de proyección en que se reprime una percepción interna y en sustitución de ella surge en la conciencia su propio contenido pero deformado y como percepción externa. En la 'parafrenia' se - destaca el mecanismo de represión o proceso patológico que - representa en tres fases: (a) fijación o demora pasiva; (b)-

12 BLEULER EUGEN, "Demencia Precoz. El Grupo de las Esquizofrenias". pags. 49,56. Ediciones Hormé. .Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

pags. 690/91.

14 FREUD SIGMUND, "Obras Completas":Vol. II. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1948.

represión o impulso secundario a c t i v o; (c) fracaso de la represión ó intento restitutivo, a l u c i n a c i o n e s. Freud describe la dinámica de tales fases en los siguientes - términos: (14; pag. 687).

F i j a c i ó n: la. fase de la re presión (demora - p a s i v a).	"Un instinto o parte de instinto no si gue la evolución prevista y permanece- a causa de tal inhibición evolutiva en estadio infantil".
R e p r e s i ó n: proceso esencialmen te a c t i v o.	La represión propiamente dicha, es se- gún Freud, la retracción de la libido- con regresión al yo. "sucumben a ella- las ramificaciones psíquicas de aque-- llos instintos primariamente retrasa-- dos cuando su intensificación provoca- un conflicto entre ellos y el yo".
Fracaso de la R e p r e s i ó n:	"Irrupción"y "Retorno de lo reprimido". Esta irrupción tiene su punto de parti- da en el lugar de la fijación y su con- tenido es una regresión de la evolución de la libido hasta dicho lugar."

Por otro lado con frecuencia hace alución a los mecanismos - más relevantes en cada cuadro, así por ejemplo considera que: el ' parafrénico ' utiliza mecanismos alucinatorios de tipo - histérico, que conducen a la represión (autismo); el paranoico utiliza el mecanismo de la proyección como defensa contra- una fantasía optativa homosexual consistente en delirio de -- persecusión (homosexualidad inconscientemente intensificada), - es decir, se defiende contra una sexualización de sus tendencias sociales, y el punto débil de la evolución del paranoide ha de buscarse en el camino que se extiende entre el autoerotismo, el narcisismo y la homosexualidad, el lugar en el cual se hallaría localizada su disposición a la enfermedad. (14).

Aunque Freud basándose bajo el punto de vista de la libido es tablece la diferencia de estos cuadros nosológicos afirma que:

14 FREUD SIGMUND, "Obras Completas" Volumen II, pags. 684/89 Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1948.

"La retracción de la libido no puede ser exclusiva de estas perturbaciones ni tener dondequiera que se desarrolle consecuencias tan funestas..."Lo indudable es que en la vida anímica normal (y no sólo en la melancolía) llevamos continuamente a cabo tales procesos, en los que la libido es retirada de las personas o cosas, sin que por ello enfermemos". (14, pag. 689). Concluye Freud que la retracción de la libido por sí sola no puede constituir el elemento patógeno de estas perturbaciones y logra un feliz diagnóstico diferencial basándose en el empleo que a ésta se le dé. De esta manera demuestra que:

1) En la histeria el montante de libido retraída se transforma en inervaciones somáticas o en angustia.

2) En la parancia la libido liberada es acumulada al yo siendo utilizada para engrandecerlo.

3) En la 'parafrenia' la libido reprimida es utilizada para sustituir la realidad por la fantasía sumergiéndose el enfermo en un mundo subjetivo que lo desvincula de la realidad y sus objetos.

Para él, es el desenlace de la enfermedad la tercera y más importante diferencia: en la 'parafrenia' triunfa la represión aislando al enfermo de la realidad y sus objetos (autismo); en la parancia utiliza el paciente el mecanismo de proyección logrando así recuperar su relación de objeto con el retorno de la libido a los mismos.(14, pag. 687).

Sintetizando, para Freud, la 'parafrenia' está en función de los aspectos de fuerza y debilidad del ego; para él las perturbaciones en el proceso del pensamiento son unos de los indicadores más sensibles para indicar una seria perturbación del ego, (pérdida de la prueba de realidad). Su énfasis en la retracción de la libido se explica claramente: El ego llega a existir porque las necesidades del organismo re

14 FREUD SIGMUND, "Obras Completas" Volumen II, pags.683/691, Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1948.

quieren apropiadas transacciones con el mundo objetivo y - la realidad y se fortifica a través de su relación con la- realidad y sus objetos, adquiriéndose de esta manera el -- proceso secundario del pensamiento que utiliza el ego para distinguir entre cosas en la mente y en el mundo externo,- el 'parafrénico' conoce solamente (por fijación y/o regresión) la realidad subjetiva de la mente. (proceso primario del pensamiento). (14).

Jung introduce el término de 'introversión de la libido' - (un movimiento centrípeto de energía) manteniéndose fiel a la conceptuación freudiana en el aspecto psicológico.
Edinger y Perry presentan el punto de vista jungiano sobre esquizofrenia, y es Edinger quien primero discute sobre el inconsciente colectivo como la clave básica de la personalidad humana y el concepto de los arquetipos como manifestaciones psíquicas, externalizadas normalmente en conducta manifiesta, imágenes simbólicas en los sueños, mitos religiones y delusiones. Afirma que los pacientes esquizofrénicos manifiestan los mismos problemas que se encuentran en- la religión; y en verdad, ellos tienen una religión muy -- personal, observa Edinger. Continua diciendo que el ego --- consciente del esquizofrénico ha sido absorbido por el contenido arquetípico de su religión. Las identificaciones -- con personas de renombre, figuras de heroes, de salvadores e intentos de apropiarselas para el engrandecimiento personal conducen a la enajenación de la realidad. Bellak afirma que la contribución de este autor se limita al contenido psicótico y no a la absorbción del ego personal por el- arquetipo. (15).

Minkowski, discípulo de Bleuler, trata de poner de relieve el aspecto estructural porque, en su opinión, es el que --

14 FREUD SIGMUND, "Obras Completas" Volumen II, pags. 168/691. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1948.

15 BELLAK, LEOPOLDO, "S chizophrenia: a Review of the - Syndrome" pags. 301/2, Logos Press, New York, 1958.

constituye la clave del problema de la esquizofrenia; respecto de muchos puntos se separa de su maestro, y más particularmente bajo la influencia de Bergson. Ve la perturbación inicial de este trastorno no en un relajamiento de las asociaciones sino en la pérdida de contacto vital con la realidad; y es precisamente de esa pérdida de contacto de donde trata de deducir los síntomas cardinales y las manifestaciones más características de la esquizofrenia.

Para Minkowski el ataque de esta afección es llevado no contra tal o cual función sino mucho más a su cohesión, a su juego armonioso, en su conjunto. Es decir, que la perturbación esencial no altera una o varias facultades cualesquiera que sea su órden en la jerarquía de las funciones, sino que reside más bien entre ellas, en "el espacio intersticial". Mas bien se trata de eclipses selectivos de cada una de estas facultades que de su abolición global, afirma este autor.

Se presentan a continuación los conceptos de Bleuler, Kretschmer y Bergson cuyas ideas y sugestiones han influenciado la concepción que de la esquizofrenia expone en su obra Minkowski.

A. ESQUIZOIDISMO, CICLOIDISMO, ESQUIZOTIMIA Y CICLOTIMIA DE KRETSCHMER: ESQUIZOIDISMO Y SINTONIA DE BLEULER.

a) Esquizoidismo, Cicloidismo, Esquizotimia y Ciclotimia de Kretschmer: Kretschmer separa en el dominio de los caracteres anormales, los esquizoides y los cicloides y, pasando luego a los individuos normales, comenta Minkowski, nos habla de esquizotimia y de ciclotimia. Se diría dos series decrecientes y paralelas: demencia maníaco depresiva, cicloidismo, ciclotimia, por una parte, esquizofrenia, esquizoidismo y esquizotimia por la otra.

Las dos reacciones características del cicloide son la alegría (hipomanía) y la tristeza. Pasando habitualmente -

16 MINKOWSKI, E "La Esquizofrenia. Psicopatología de los Esquizoides y los Esquizofrénicos." pags. 11/15; 23/25, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

con gran facilidad de una a otra, bajo la influencia de causas, sean exógenas, sean endógenas. Así como el temperamento cicloide oscila entre la alegría y la depresión, continua - Minkowski, el temperamento esquizoide se mueve igualmente entre dos polos. Esos dos polos son para él la hiperestesia y la anestesia afectivas (reizbar und stumpf). Enfatiza este - autor que los síntomas de la hiperestesia deben ser subrayados muy particularmente, porque contrariamente a la indiferencia y a los otros signos de anestesia, no se los ha tenido en cuenta, de una manera suficiente hasta el presente, en la psicología de la serie esquizotímica. Además, comenta Minkowski, "para hacer comprender bien el esquizoidismo no se - podrá repetir lo bastante que el esquizoide no es demasiado sensible o demasiado frío, pero que es las dos cosas a la - vez.

b) Esquizoidismo y Sintonía de Bleuler. Bleuler afirma que lo que caracteriza lo mismo la locura maníacodepresiva que los temperamentos correspondientes, no es tanto el factor intermitente o cíclico como la circunstancia de que, - en todos esos estados, el contacto con la realidad es mantenido. El esquizoidismo y la sintonía vienen a ser, según --- Bleuler, dos principios vitales, cuyo juego recíproco regula nuestra actitud respecto de los acontecimientos, de las personas y de los objetos circundantes.

Comenta Minkowski que el esquizoidismo y la sintonía se colocan, por así decirlo, entre esos rasgos de carácter (bondad, energía, sociabilidad, honradez, simplicidad, irritabilidad) dándo a cada uno de ellos un tinte particular, y determinando así toda la manera de ser del individuo con relación al - ambiente. El esquizoide en su vida puede tener la reputación de bueno, honrado, sociable, enérgico, sensible; el sintónico también puede tenerla, no obstante, opina Minkowski, se--

16 MINKOWSKI, E. "La Esquizofrenia. Psicopatología de los - Esquizoides y los Esquizofrénicos.", pags. 25/30, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

rán bien diferentes para todos aquellos que tienen el sentido de los matices, de los matices que, en realidad, son lo más esencial que hay en la vida. Continúa Minkowski exponiendo que el conflicto del sintónico es la búsqueda del yo, que parece escapársele a cada instante; vive demasiado en las cosas ambientes. El conflicto del esquizoide es la busca de las vías de acceso a la realidad, hacia la cual él no llega siempre a abrirse paso.

B. LA PERSONALIDAD HUMANA SEGUN DELMAS Y BOLL.

Minkowski afirma que existe una semejanza patente entre los trabajos de Kretschmer y de Bleuler, por una parte, y el estudio de Delmas y Boll sobre la "Personalidad Humana", por la otra, y cree de utilidad comparar las nuevas nociones con otras nociones del mismo órden.

Minkowski informa que Delmas y Boll comienzan distinguiendo dos grandes grupos de perturbaciones mentales: las psicosis lesionales y las psicopatías constitucionales. Las psicosis lesionales siempre son adquiridas; determinadas por un agente nocivo cualquiera (por ejemplo toxiinfección), alteran ante todo las facultades intelectuales y no nos suministran ningún dato de las aptitudes innatas del enfermo. Las anomalías de funcionamiento, continua Minkowski, de las psicosis constitucionales, por el contrario, parecen transmitidas hereditariamente por los gérmenes concepcionales. No se refieren a las facultades intelectuales, sino a los factores de la vida afectivo-activa del individuo. Cada psicosis constitucional, comenta Minkowski, representa la florescencia de una modalidad especial de desequilibrio psíquico; hay tanto de modalidades de desequilibrio cuanto de psicopatías constitucionales; esas modalidades están ahora bien individualizadas, definidas y clasificadas, bajo el nombre de constitucio--

16 MINKOWSKI, E. "La Esquizofrenia. Psicopatología de los Esquizoides y los Esquizofrénicos." pags. 32/33, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

nes psicopáticas. La clasificación de esas constituciones se encuentra así calcada sobre la de las psicosis constituciona les. Así, a las cinco psicosis constitucionales admitidas -- por Delmas y Boll como punto de partida: paranoia, locura mo ral, mitomanía, maníadepresiva, hiperemotividad mórbida (psi cosis hiperemotiva), corresponden exactamente cinco constitu ciones psicopáticas: las constituciones paranoica, perversa, mitomaníaca, ciclotímica e hiperemotiva.
A las cinco psicosis constitucionales, así como a las cinco-constituciones psicopáticas, corresponden cinco disposicio-- nes fundamentales de orden afectivo-activo. Son: la avidez,- la bondad, la sociabilidad, la actividad y la emotividad. No existe sino una diferencia de grado entre las psicosis, las-constituciones mórbidas y las disposiciones, no siendo aquí lo patológico otra cosa que una hipertrofia o una atrofia de factores normales. La hipertrofia de la avidez conduce a la-constitución paranoica, la atrofia de la bondad a la constitución perversa, etc.

La personalidad afectivo-activa de un individuo está formada por la síntesis, fijada una vez por todas, de las cinco disposiciones. Su fuerza y su juego recíprocos contribuyen a determinar el comportamiento particular de cada uno y pueden - servir así de base para la clasificación de los temperamen-- tos y de los caracteres.

Comenta Minkowski que la orientación biologista domina todo-el estudio de Delmas y Boll y determina las ideas que desa-- rrollan sobre la evolución y la vida de la personalidad huma na. Asimismo la acción recíproca entre individuo y medio es-reducida al factor puramente biológico de la adaptación. Más Minkowski rechaza esta orientación manifestando que si verda deramente la adaptación era la única palanca de la evolución de la personalidad humana, haría mucho tiempo que esta adap-

16 MINKOWSKI, E "La Esquizofrenia. Psicopatología de los Es quizoides y los Esquizofrénicos." pags. 33/37, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

tación sería cosa hecha; "haría mucho tiempo que la humanidad y el mundo se habrían inmovilizado en un estado de equilibrio, participando a lo sumo, de una manera pasiva, en el eterno movimiento astral. Pero esto no es así, ni lo será jamás. Pues en nuestra vida interviene poderosamente un factor de un orden completamente distinto: es el despliegue de la personalidad. El hombre no se limita a adaptarse; él crea y, en ese incesante esfuerzo creador, arrastra consigo al universo entero y lo hace progresar constantemente. Trata entonces de imprimir su sello personal al ambiente, de librarse de las ataduras que éste impone a su naturaleza, de reducir su adaptación al mínimum estricto, justamente al límite que no podría traspasarse impunemente porque del otro lado está el abismo, la sima donde la razón comienza a zozobrar."

El enfoque fenomenológico de Minkowski es descrito con gran claridad por Salas Subirat:

"La denominación de fenomenología ha inducido al error de entender que se trata sólo de dar cabida, como objeto del pensamiento, a lo que aparece como uno de los extremos de la teoría kantiana; es decir, a lo que se manifiesta como fenómeno. No es ésa la cuestión, sino la de que el ser, y también la esencia, tanto del hombre como de las cosas, se dan únicamente como fenómeno. Existe lo captable por el pensamiento, a pesar de que lo captable existe por sí mismo y no a condición de ser pensado, como proponían los idealistas. No se trata tampoco, por lo tanto, de la idea solipsista de que el mundo existe a condición de que yo lo piense, sino de que existe como una condición ineludible para mi e-

16 MINKOWSKI, E. "La Esquizofrenia. Psicopatología de los Esquizoides y los Esquizofrénicos.", pags. 37, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

18 SUBIRAT J. SALAS. "Carta Abierta sobre el Existencialismo", pag. 62, Santiago Rueda-Editor, Buenos Aires, 1954.

xistir. Para realizarme, ya sea materialmente, ya sea en - pensamiento, necesito actuar y sólo puedo actuar con las co sas, pues ellas integran el universo en que me muevo y pien so. La vida del individuo no es así exclusivamente suya, -- porque exige un enajenarse con el contorno, y ese contorno- a la vez que le ofrece resistencia, ayuda a constituir al - individuo, se intercambia con él, y tal como el hombre es a la vez sujeto y objeto con relación a sí mismo, de igual ma nera lo es con relación al mundo, al que constituye y por - el que es a la vez constituído como ser en el mundo."

Minkowski después de describir la estructura de la personalidad humana presenta ahora la perturbación esencial de la- esquizofrenia.

C. LA PERTURBACION ESENCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA Y EL PENSAMIENTO ESQUIZOFRENICO.

a) El contacto Vital con la Realidad. Minkowski influenciado por Bergson no sacrifica al espíritu de precisión y a la ciencia exacta la parte irracional de la vida del paciente, muy al contrario siente la necesidad de interpretar este aspecto con mucha fidelidad, surgiendo- de esta manera en él la noción del contacto vital con la realidad que mira mucho más al fondo mismo, a la esencia de la personalidad viviente, en sus relaciones con el ambiente. Este ambiente del que habla Minkowski no es un - conjunto de estímulos externos, ni de átomos, ni de fuerzas o de energías. "es un raudal inestable que nos en--- vuelve por todas partes y que constituye el medio sin el cual no podríamos vivir..."estableciéndose esa armonía - maravillosa entre nosotros y la realidad."

16 MINKOWSKI, E "La Esquizofrenia. Psicopatología de los - Esquizoides y los Esquizofrénicos." pags. 56/61; Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

18 SUBIRAT J. SALAS. "Carta Abierta sobre el Existencialismo", pag. 62, Santiago Rueda- Editor, Buenos Aires,1954.

b) Demencia Intelectual y Demencia Esquizofrénica. Minkowski separa rotundamente el proceso esquizofrénico - del debilitamiento intelectual. Toma como grupo representativo del debilitamiento intelectual a la paralisis general que ataca a individuos en plena fuerza logrando así - descartar las modificaciones fisiológicas de la vejez en- los dementes seniles. Discute el problema de la diferen-- cia fundamental tomando como punto de partida la oposi--- ción de la inteligencia y el instinto. Concluye que:

1) En tanto que en la demencia existe pérdida - de juicio y memoria, en la esquizofrenia aún avanza zada todas las funciones elementales del psiquismo- en cuanto son accesibles a la exploración, se pre-- sentan intactas, especialmente la memoria (Bleuler).

2) La diferencia fundamental entre los estados - terminales a los cuales conducen el debilitamiento - intelectual en la parálisis general, por una parte,y el proceso esquizofrénico, por la otra, consiste en- que en el primer caso faltan los factores estáticos, mientras que en el segundo, al contrario, cede el di namismo mental.

c) El Pensamiento Espacial de los Esquizofrénicos. (Racionalismo y geometrismo mórbidos)

Minkowski trata de profundizar desde el punto de vista psi cológico la actitud mórbida del esquizofrénico confrontan- do su manera de ser con los factores correspondientes de - la personalidad humana normal. Para facilitar esta delica- da tarea presenta ejemplos con el objeto de mostrar cómo - el esquizofrénico, privado de la facultad de asimilar todo lo que es movimiento y duración, tiende a construir su com portamiento con factores y con criterios cuyo dominio pro-

16 MINKOWSKI, E. "La Esquizofrenia. Psicopatología de los Es quizoides y los Esquizofrénicos.", pags. 62/72, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

pio,en la vida normal, es únicamente la lógica y las matemáticas.

Para Minkowski el esquizofrénico se desvincula del ambiente. Todo acto de la vida es encarado desde el punto de vista de la antítesis racional del sí y del no, o si no del bien y del mal, o de lo lícito y de lo prohibido o de lo útil y de lo pernicioso. De acuerdo con esta actitud antitética toda fuerza extraña que llega desde afuera y quiere ejercer su influencia sobre el individuo es registrada por éste como ataque llevado contra su personalidad; esta actitud es el resultado de la pérdida del sentimiento irracional de armonía consigo mismo y con la vida, comenta Minkowski, e implica así la desaparición total de la noción de límites y de medida.

Este tipo de enfermos racionaliza hasta el límite extremo y rige su vida unicamente con arreglo a ideas. Pierden la facultad de captar en su alcance individual a las personas y los objetos concretos y los ven, de ese modo desde demasiado lejos y demasiado grandes, y por lo tanto ven a los hombres en forma impersonal. Su pensamiento trata de aproximarse lo más posible al absoluto y a través de éste se integran no en los hombres sino en la humanidad.

Minkowski habla del geometrismo mórbido como una generalización abusiva de nociones de órden espacial y de sujeción mórbida ejercida sobre el pensamiento y sobre la conducta por criterios matemáticos que determinan el valor de los objetos y de los acontecimientos únicamente según sus dimenciones o sus caracteres geométricos.

Minkowska observó largamente al enfermo que Minkowski presenta como el ejemplo más acabado de los procedimien-

16 MINKOWSKI, E. "La Esquizofrenia. Psicopatología de los Esquizoides y los Esquizofrénicos." pags. 73/78, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

tos empleados por el pensamiento puramente espacial, resu-- miendo su observación como sigue:

"La vida se opone en él al plan;
el instinto está opuesto al entendimiento;
lo sentido se opone a lo pensado;
la facultad de la penetración que sintetiza se opone al análisis de detalles ínfimos;
allí donde nos fiamos de las impresiones, él exige pruebas;
el movimiento se opone en él a la inmovilidad;
los acontecimientos y las personas se oponen a los objetos;
la realización se opone a la representación;
el tiempo se opone al espacio;
la sucesión se opone a la extensión;
el fin se opone a la base."

Minkowski comenta que los factores indicados en la primera - columna de este esquema faltan, los de la segunda, en cambio, están hipertrofiados. Piensa también que las conclusiones a - las que llegó F. Minkowska traducen inmejorablemente, la atro fia de los factores que dependen del instinto y están "amolda dos sobre la forma de la vida", lo mismo que la hipertrofia - compensadora de todo aquello que tiene analogía con la inteli gencia, la cual "tiene por objeto principal lo sólido inorganizado, que no se siente a gusto sino en lo discontinuo, en - la inmovilidad, en la muerte, que deja escapar lo que hay denuevo en cada momento de la historia, que está caracterizado- por una incomprensión natural de la vida." (Bergson).

Minkowski manifiesta que el Dr. Divry también admite un yo in tuitivo o práctico y un yo intelectual o especulativo. Para - este autor el yo intuitivo o práctico es el factor dinámico -

16 MINKOWSKI, E "La Esquizofrenia. Psicopatología de los Esquizoides y los Esquizofrénicos." pags. 82/83; Editorial- Paidos, Buenos Aires, 1960.

del yo que obra en la experiencia diaria; El Dr. Divry conclu ye que si aplica su punto de vista a la cuestión del sentido de lo real, dirá que la pérdida del sentido de lo real resulta de la caída funcional del yo practico; dice este autor que es una perturbación de esta parte del yo que ha conservado al go de instintivo en su actividad.

"Esos enfermos son razonadores y a veces muy inteligentes de suerte que, por decadencia de la función práctica del yo, de una parte, hiperactividad de su función especulativa, de o tra parte se establece un desequilibrio marcado en su actividad psíquica."

D. EL AUTISMO.

A. El contenido de la psicosis y el Autismo:

a) El contenido de la psicosis. Minkowski manifiesta que la obra de Freud ha ejercido una gran influencia sobre el pen samiento de Bleuler, y que a esa influencia se deben las nociones de contenido de la psicosis, de complejo y de autismo. Los datos recogidos por Freud en "El análisis de los sueños" fueron aplicados desde entonces a las manifestaciones mórbidas de los alienados.

Moreau de Tours proclamaba, todavía en 1855, "la identidad del sueño y de la locura"; la escuela francesa trataba de establecer una similitud semiológica entre el sueño y ciertas for mas de enajenación mental, continúa Minkowski informando que en el curso de los últimos años se ha hablado en Francia de delirio de ensueño lo mismo que de ensueño mórbido. Minkowski afirma que el sueño y locura son nuevamente acercados, pero ya no desde el punto de vista de una similitud semiológica y todavía menos en cuanto simple vagancia intelectual del ser pensante.

16 MINKOWSKI, E "La Esquizofrenia, Psicopatología de los Esquizoides y los Esquizofrénicos", pags. 88/91, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

Para Minkowski esos dos fenómenos son considerados como expresión de tendencias y de deseos reales del ser viviente, "pareciendo incoherentes" desde el punto de vista de la vida corriente, pero en el fondo admisible, comenta este autor, allí donde el individuo se desvía y se desprende de la actividad pragmática y, por así decir, no se dirige a nadie. "Sueño y locura son fenómenos del mismo órden, en cuanto no intentan, ni el uno ni la otra, integrarse de una manera adecuada en la realidad ambiente. Ellos se forjan en consecuencia su propio lenguaje."

Comenta Minkowski que esta parte de la concepción Bleuleriana muy a menudo ha sido mal interpretada en Francia por lo que cree de interés exponer sus conclusiones al respecto:

1) El contenido de la psicosis no constituye la propiedad exclusiva de una sola enfermedad mental, cualquiera que sea; no implica por sí misma ningún diagnóstico.

2) La noción del contenido de la psicosis no implica necesariamente la idea de que ese contenido sea la causa de la psicosis, ni aún de la psicogénesis de las perturbaciones a las que se aplica, ni menos todavía, dice este autor, de la afección que las condiciona.

b) El Autismo: Siguiendo a Bleuler, Minkowski interpreta la noción de autismo como esa desvinculación de la realidad, acompañada de un predominio relativo o absoluto de la vida interior. Rechaza el sentido en que interpreta Janet este concepto como "pérdida del sentido de realidad" por juzgar que encara el síntoma de una manera demasiado global; ya que según él, el sentido de la realidad no falta completamente en los esquizofrénicos, su pérdida no aparece sino en presencia de aconteci-

16 MINKOWSKI, E. "La Esquizofrenia. Psicopatología de los Esquizoides y los Esquizofrénicos", pags. 91/96, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

mientos y de cosas que están en contradicción con los complejos del enfermo.
Para Minkowski el autismo no siempre puede ser comprobado de una vez, ya que aún los enfermos crónicos a veces parecen tener un buen contacto allí donde se trata de cosas indiferentes de la vida pero guardan sus complejos para sí. Se comprende así, dice este autor, su indiferencia aparente, justamente por lo que debería ser del más alto interés para ellos.

"El mundo exterior, viniendo a chocar así de frente con las imágenes forjadas por su fantasía, debe parecerles a veces francamente hostil. Sin embargo, en otros casos este aislamiento del mundo exterior está determinado por motivos de un orden completamente distinto. Ciertos enfermos sobre todo al comienzo, huyen conscientemente del mundo, porque la carga afectiva que llevan en sí es demasiado pesada; tratan de evitar toda causa de emoción. La indiferencia respecto del mundo exterior es entonces un fenómeno secundario, consecuencia de una emotividad demasiado grande."

Lo mismo que la afectividad autística, comenta Minkowski, el pensamiento autístico tiene sus propias leyes. Este autor llama pensamiento autístico (autistisches Denken) al pensamiento que no trata de adaptarse a la realidad, y que por el contrario está apartado de ésta, y lo opone a la forma ordinaria de pensamiento, al pensamiento "realista" (realistisches Denken) que, al contrario, está siempre determinado por las exigencias de la realidad y trata por ello de alcanzar, al fin de cuentas, el máximum de valor pragmático. El pensamiento autístico de los esquizofrénicos no persigue ningún fin real.

Hace notar este autor que se ha asimilado de un golpe toda la esquizofrenia a la pasividad, a la interiorización, al ensueño. No obstante , opina Minkowski que actualmente la tenden-

16 MINKOWSKI, E, "La Esquizofrenia, Psicopatología de los Esquizoides y los Esquizofrénicos," pags. 96/99, Editorial Paidos , Buenos Aires, 1960.

cia es a cambiar la orientación y explica este autor que así nace la idea de que la afectividad y el pensamiento autístico no pueden agotar ellos solos la noción de autismo. Existe según Minkowski una actividad autística, una actividad primitivamente autística. Quizás sea ella, comenta Minkowski, laque constituye la clave de toda la esquizofrenia.

Opina Minkowski que, en sentido general, se ha identificado-al autismo con la interiorización, con estados pasivos de en sueño, con una absorción de la personalidad por la vida interior, hecha de complejos y de factores imaginarios. Proponeque para restablecer el equilibrio, habría que destacar másotro aspecto de las cosas y dar a la actividad autística ellugar que le corresponde en el conjunto de las concepciones-sobre esquizoidismo y esquizofrenia. Admite Minkowski el orígen común de las nociones de complejo y autismo y las separa para estudiar sus relaciones. Se dirige a las nociones de la dilatación de la personalidad y del contacto vital con la -- realidad para elucidar estos conceptos.

Minkowski llega a la conclusión que las causas de la inter-- pretación unilateral del autismo se debe a la concepción fisiológica de la personalidad humana, que describe de la manera siguiente:

"La superficie de mi cuerpo es tomada como línea de - demarcación entre el "yo" y el mundo ambiente. El autismo en cuanto pérdida de contacto con la realidad, no podría producirse, por así decir, sino sobre esta línea. De ahí la ideamuy natural, parece, de que el individuo, perdiendo el con-- tacto, debe replegarse sobre sí mismo, desde el punto de vista tanto fisiológico cuanto psicológico, es decir, adoptar - exteriormente una actitud pasiva e inmóvil, y aún poner, enla medida de lo posible, sus sentidos al abrigo de los exci-

16 MINKOWSKI, E "La Esquizofrenia, Psicopatología de los Esquizoides y los Esquizofrénicos," pags. 100/103, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

tantes procedentes de afuera y vivir únicamente su vida interior"

Pero Minkowski no admite esta interpretación unilateral y recurre a la noción de contacto vital con la realidad enfatizando particularmente en la palabra "vital" y explica que ésta no tiene nada que ver con la fisiología y que si ciertos esquizofrénicos transcriben esa pérdida de contacto en lenguaje fisiológico, reduciendo al mínimum sus movimientos y sus percepciones, adoptando, en una palabra, una actitud de pasividad que les permite absorberse más en su mundo interior, esto sin duda, no debe ser considerado necesariamente como el único modo de expresión de la perturbación esquizofrénica.

Para Minkowski, la personalidad humana puede igualmente manifestarse de golpe como esquizofrénica por su actividad, aclara que allí las cosas cambian de aspecto y lo explica enseguida:

"El hombre en acción tiende hacia un fin que, por la naturaleza de las cosas, se halla siempre fuera de él, puesto que por la obra producida el hombre siempre pasa más allá de su yo. Recorta de esta manera, si uno se puede expresar así, una parte del mundo ambiente y la asocia íntimamente a su persona. Mientras fija ese fin, forma con él una sola cosa, así como con todas las fuerzas exteriores que pone en acción para alcanzarlo. Aquí la línea de demarcación entre el "yo" y el "no yo" ya no es de ningún modo la superficie del cuerpo, pasa por otra parte fuera de esa superficie. Sin embargo esta línea puede hacerse, también ella rígida, opaca e impenetrable, puede transformarse en verdadera coraza. Aquí se produce entonces la pérdida del contacto vital con la realidad. Esta pérdida se presentará, en un examen superficial, de una manera diferente de la que hemos estudiado en el individuo pasivo. Pero la perturbación es en el fondo la misma en los dos casos."

Para Minkowski "realidad" está lejos de ser siempre sinónimo de-

16 MINKOWSKI, E, "La Esquizofrenia, Psicopatología de los Esquizoides y los Esquizofrénicos," pags. 104/105, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

"mundo exterior" y, en consecuencia, comenta Minkowski, parece erróneo querer asimilar, a cualquier precio, la pérdida de contacto con la realidad a la interiorización".

Minkowski afirma que los estados pasivos de interiorización, - de sueño o de ensueño no podrían agotar el autismo. Le dá gran importancia al estudio de la actividad autística que define de la manera siguiente:

"La actividad autística exige un estudio especial. Es necesario para ello que digamos lo que quiere decir para nosotros "actividad". Por cierto, para este estudio no tomaremos como - punto de partida la noción de movimiento voluntario. Esta noción es una de las bases del capítulo de la fisiología sobre - la motricidad, en realidad es un producto de abstracción, elaborado a los fines de esta ciencia, pero de esta ciencia única mente. El movimiento voluntario representa lo que queda de --- nuestra actividad, después de haberle amputado lo más esencial que hay en ella, es decir, su progresión continua y los fines que no se cansa de fijarse sucesivamente fuera de nosotros mismos. Jamás, en nuestra vida, hemos deseado una cosa tan inútil como levantar la pierna o doblar el brazo.

"Para nosotros tampoco puede tratarse del estudio de voliciones aisladas, ni de la voluntad, tales como concibe la psicología tradicional estos fenómenos. Aquí importa ante todo la manera de encadenarse y de depender los unos de los otros, los fines y los actos, la manera de exteriorizarse y de adaptarse al movimiento ambiente, su oportunidad, el grado de su maleabilidad en el momento de la ejecución, etc. En una palabra, debemos tomar como objeto de nuestros estudios la personalidad - humana toda entera en su dinamismo viviente."

Después de explicar la actividad autística, Minkowski introduce la noción de ciclo de la actividad personal. Como punto de-

16 MINKOWSKI, E "La Esquizofrenia, Psicopatología de los Esquizoides y los Esquizofrénicos," pags. 104/105, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

partida explica que la sintonía, el modo de que somos capaces de compenetrarnos de los acontecimientos ambientes, de confundirnos con ellos, de vibrar al unísono bajo su influencia, no es más que un solo aspecto de la vida, según Minkowski, no la agota de ningún modo. Hace resaltar que sobre ese fondo de armonía se levanta y se dibuja más y más nitidamente el impulso personal. Y lo describe de la siguiente manera:

"Se produce una ruptura entre nosotros y el mundo; no queremos confundirnos solamente con él y menos todavía adaptarnos a él; queremos además afirmar nuestra personalidad, exteriorizar nuestro yo más íntimo, dejar una impresión personal en el devenir, imponer nuestro yo al mundo infinito, producir algo nuevo y crear. Nos oponemos así al mundo y sentimos desvanecerse el contacto con él. Cuanto más violento y personal es el impulso, tanto mayor es la tensión entre el yo y el ambiente."

"Se diría que un factor de esquizoidismo está así contenido ahí. Sin embargo, esta oposición tiene límites. El impulso termina en la obra (en el sentido más amplio de la palabra) y ésta cuan revolucionaria pueda parecer, si solamente ella tiene algún valor, se dirige siempre a alguno y tiende a integrarse en la realidad. La obra, al separarse de nosotros, puede producir una perturbación más o menos profunda en el devenir ambiente, pero el equilibrio se establece de nuevo; el hacerse continúa rodando sus olas poderosas, como por el pasado. Allí existen límites que el impulso personal no traspasa jamás; allí donde se quiere crear algo absolutamente personal y donde no se quiere más que eso, la obra no se hace más y más revolucionaría o más y más original; no, se degrada y entonces no es sino un gesto de un pobre trastornado o de un enfermo; la vida pasa de largo, sin ni siquiera prestarle atención. Pero de esos límites, de los cuales hablamos aquí, ?cuál es la inteli--

16 MINKOWSKI, E "La Esquizofrenia, Psicopatología de los Esquizoides y los Esquizofrénicos," pags. 105/106, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

gencia suficientemente poderosa para poder dar una formula - precisa para ellos? Escapan al pensamiento discursivo; es la intuición (la sintonía) la que nos guía en la vida desde ese punto de vista."

Minkowski denomina la actividad esquizofrénica como egocentrismo activo y la clasifica de la siguiente manera: a) actos sin proyección en el mañana; b) actos atiesados; c) actos que no tratan de terminar; d) actos a corto-circuito o actos al - margen.

Basado en el ciclo del impulso vital Minkowski concluye que existen dos formas de autismo: autismo pobre y autismo rico. El primero muestra la perturbación esquizofrénica en su estado puro.

Minkowski explica este fenómeno explicando que no todos los - hombres son imaginativos. Lo son más o menos. Los enfermos -- pueden serlo igualmente. No está al alcance de todo el mundo construir un mundo imaginario y vivir en él. "No todos los enfermos esquizofrénicos se desvían enteramente de la realidad para buscar refugio en los castillos en el aire de la imaginación. Al contrario, algunos parecen entregarse a una actividad ininterrumpida; sin embargo lo hacen de una manera profundamente mórbida."

La pérdida de contacto vital con la realidad de donde trata - de deducir los síntomas cardinales y las manifestaciones más características de la esquizofrenia son captadas con mayor -- claridad por este autor a través de la actividad egocéntrica del esquizofrénico.

16 MINKOWSKI, E. "La Esquizofrenia. Psicopatología de los - Esquizoides y los Esquizofrénicos." pags. 11/15; 23/25,- Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

Para Sullivan la esquizofrenia es una serie de eventos mentales importantes siempre acompañados por cambios materiales de la -- personalidad, sin implicación alguna de deterioro o de demencia. Es decir, que el trastorno primario en esta enfermedad se encuentra en la estructura mental; y después, comenta este autor, de-- muestran como en Gruhle los desórdenes de la motivación, a su -- vez reflejados en el contenido ideatorio y en la actividad propositiva-conducta. "La estructura mental está disociada de tal forma que las porciones desintegradas, sufren una regresión en la - función a niveles más tempranos de la ontología mental sin ningún paralelismo individual profundo de regresión. Esta desigualdad de profundidad parece ser la esencia de lo que es esquizofrenia, como distinción de otros desórdenes mentales."

Declara este autor que el trastorno es uno en el cual la experiencia total del individuo es reorganizada; hay una erupción de funciones primitivas del pensamiento en imágenes complejas (expresión de Lévy Bruhl) y también se encuentra, al menos temporalmente explica Sullivan, una alteración profunda de las estructuras del ego, el sentimiento de autoestimación. Es un trastorno que - está determinado por la experiencia previa del individuo sin importar que sea precipitada por una toxemia de una enfermedad aguda, por un trauma craneal, o por intoxicación alcohólica.

Sullivan explica el principio de la esquizofrenia de la siguiente manera: Primero, la aparición del trastorno es tardía en una larga serie de esfuerzos dificultosos y subjetivos de ajuste. Segundo, parece no ocurrir en aquellos que han logrado aunque sea por un corto tiempo un ajuste definitivamente satisfactorio hacia un objeto sexual. (sin atribuirle al factor sexual una importancia exclusiva). Cree este autor que las distorciones culturales provistas por el hogar son de importancia primordial; y que el esquizofrenico adquiere en la situación hogareña la propensión

19 SULLIVAN, H.S. "La Esquizofrenia como un Proceso Humano", pags. 39/41; 125, Herrero Hnos. Sucs., S.A. Editores, México, 1964.

para esta enfermedad. Y afirma que los factores interpersona les parecen ser los elementos efectivos en la psiquiatría de la esquizofrenia.

Sullivan concluye que la regresión es"un proceso que, mientras pertenece al pasado del organismo, no hace uso referente al pasado como sucede en el caso de la memoria funcional; pero más bien es una relación inadecuada entre el presente y el futuro. En otras palabras a medida que los procesos progresivos se expanden en cuanto sus metas desde una situación actual a una situación imaginaria, que está a punto de acontecer, los procesos regresivos detienen esta relación imaginada a la situación futura, y movilizan referencias como si las presentes fuesen realmente las futuras."

Al describir este autor la relación entre la forma de principio de la esquizofrenia y su final aisla un tipo de situación, el cual llamó"el primer estadio de la esquizofrenia (debido a que se encuentra tan frecuentemente asociado con el segundo o la esquizofrenia definitiva), en el cual se encuentra una pérdida rápida de la fe en uno y en el universo, sin las mal adaptaciones reparadoras o verdaderos procesos reparativos que ocurren en la mayoría de nosotros cuando recibimos un golpe severo en la vida."

En el segundo estadio de la esquizofrenia, el individuo, con grave menoscabo en la dependabilidad de su self y del universo, progresa hacia una situación en la cual las partes disociadas de su personalidad son los agentes integrados efectivos. Los factores que él experimenta son entonces de dos variedades. El vive el tipo de vida al cual está acostumbrado; esto bajo el dominio de las estructuras egoístas aceptadas. Y tiene intervalos momentáneos o extensos durante los cuales la experiencia por la que está pasando es dominada por los sistemas disociados. El resultado es una condición que no puedo diferenciar --

19 SULLIVAN, H.S. "La Esquizofrenia como un Proceso Humano", pags. 125; 256, Herrero Hnos. Sucs., S.A. Editores, México, 1964.

por ninguna característica importante de aquella sufrida por un individuo al intentar orientarse al despertar en medio de una vívida pesadilla. Es a esta condición global a la que le aplico el término de esquizofrenia incipiente. Si continua el cuadro clínico se torna en uno de enfermedad catatónica..... "una integración puede comenzar entre los sistemas disociados - y los disociativos de su personalidad en cuyo caso procederá hacia la recuperación. Una transferencia masiva de la culpa puede ocurrir, y como resultado de esto progresará hacia un estado paranoide crónico, el tipo particular del cual está relacionado - en una forma simple con los sistemas conflictivos. O puede ocurrir una dilapidación del sistema disociante y una regresión de los intereses e impulsos a un nivel de la niñez temprana o infantil - en cuyo caso vemos lo que se llama dilapidación hebefrenica." (19, 256/257).

Aunque Sullivan rechaza un sustrato orgánico en la esquizofrenia su interés fundamental no se encuentra en la etiología de este trastorno sino en la diferenciación y evaluación para el pronóstico del inicio incidioso o agudo en función del cual podrá predecirse para el primero una rehabilitación social y para el segundo un posible "restitutio ad integrum" o por lo menos al "status quo ante".

Para Sullivan la esquizofrenia es significativa solamente en - un contexto interpersonal; sus características solamente pueden ser establecidas por un estudio de la interrelación del esquizofrénico: otros esquizofrénicos, menos esquizofrénicos y - no esquizofrénicos. Para este autor un esquizofrénico "recuperado socialmente" es a menudo aún psicótico pero admite que es menos esquizofrénico de lo que lo es un paciente que requiere supervisión institucional activa.

19 SULLIVAN, H.S. "La Esquizofrenia como un Proceso Humano" pags. 256/257; 286/287, Herrero Hmos. Sucs., S.A. Editores, México, 1964.

Sullivan no considera la homosexualidad como esencial en el - trastorno puesto que no todos los homosexuales son esquizofrénicos; sin embargo, analizando sus casos en los cuales las instancias negativas están conspicuamente ausentes, se encuentra forzado a concluir que las enfermedades esquizofrénicas en el - hombre, están intimamente relacionadas como secuencia a una relación desafortunada de la liga del hijo con la madre. Comenta este autor que debe ser evidente que los trastornos esquizofrénicos no son más que uno de los posibles resultados de actitudes persistentemente inmaduras en la relación entre madre e hijo."El fracaso del desarrollo de intereses heterosexuales, con persistencia de intereses autoeróticos u homoeróticos en la adolescencia, es la fórmula general."

Según este autor los factores que determinan un final esquizofrénico pueden ser aclarados mediante la discusión por un lado de las situaciones que él refiere como anhelos homosexuales y conflicto masturbatorio agudo. - a menudo precursores inmediatos de psicosis graves -- y por el otro, de los variados procedimientos homoeróticos y autoeróticos. Sullivan analiza estas - situaciones de la siguiente manera;

"La aparición en la consciencia de un interés homoerótico suscita un auto-reproche tan violento que resulta en una disociación o un vigoroso proceso defensivo. Si el self es capaz de disociar el sistema detestable, la personalidad continúa de allí en adelante en peligro grave de pánico con subsecuente esquizofrenia, a menos que las tensiones sexuales sean drenadas - por algún procedimiento colateral tal como la masturbación frecuente o el coito de tipo más o menos definitivamente autosexual con mujeres. Más aún, bajo la experiencia en todo caso continúa siendo integrada dentro del sistema disociado persistiendo el incremento de división de las energías de la personalidad."

19 SULLIVAN, H.S. "La Esquizofrenia como un Proceso Humano." pags. 291; 334/335, Herrero Hnos, Sucs., S.A. Editores, - México, 1964.

Sullivan explica que el pensamiento esquizofrénico no demuestra en sus símbolos y procesos nada que sea ajeno a la gama del pensamiento ordinario, incluso aquel del ensueño y de los sueños. Comenta que aún sus situaciones simbólicas extraordinarias tienen paralelo en la extravagancia de los sueños. "Tampoco es explicable su ocurrencia en la base de algún proceso cognoscitivo nuevo. Es, como un todo, una adaptación peculiarmente inadecuada de los procesos cognoscitivos a las necesidades de la vida adulta: esto puede ser analizado dentro de una condición característica disociada y un cambio "regresivo" dentro de los sistemas disociados." (19, pag. 113).

Sullivan maneja los términos "Inatención Selectiva", regresión, "experiencia prototáxica" para analizar el pensamiento esquizofrenico en base a el proceso de los grados variantes de concienciación. "Todas las partes del campo cognoscitivo poseen algún grado de "claridad". Se encuentran entre dos polos, uno de oscuridad extrema y el otro de claridad perfecta... esta claridad podría parecer como si fuese una configuración mental que solamente es obtenible y sostenible por medio de una tensión especial; cuando esta tensión se afloja, la configuración automáticamente caduca." Esta claridad está compuesta de, un factor intensidad ("grado de consciencia de muchos psicólogos) y uno de calidad de determinado. Este último es un factor relacionado únicamente a los símbolos. Es inevitable que cuando disminuye la calidad de determinado y por lo tanto de diferencia, el resultado es que los símbolos tienden a ser confusos. El factor intensidad por sí mismo determina la localización momentánea de los símbolos, bien sea en "consciencia focal," en otra parte en "consciencia manifiesta" o en la región no introspectible, "preconsciente," "subconsciente," "inconsciente".

Sullivan explica que el símbolo psicobiológico de grado inferior es de hecho ni más ni menos que una de las características infinitas probables del suceso, y que el cambio de "oscuridad total" a "perfecta claridad" acontece en las producciones esquizofrénicas a un ritmo acelerado.

19 SULLIVAN, H.S. "La Esquizofrenia como un Proceso Humano", pags. 113; 107, Herrero Hnos. Sucs., S.A. Editores, México, 1984.

Sullivan ha observado que en cada caso de enfermedad esquizofrénica se encuentra en la historia del individuo un punto en el cual aconteció lo que el llama un desastre a la auto-estimación. "este evento es ayudado subjetivamente por el estado que identificamos con el término de pánico. Usualmente el pánico resulta de un colapso completamente inesperado de algo muy importante en el proceso vital del individuo." Comenta este autor que en algunas situaciones similares el pánico se transforma en una sensación crónica de inseguridad o insuficiencia. Considera importante e imperativo para la solución del problema esquizofrénico y también para la iluminación de muchas dificultades sociales el que se comprenda a) el carácter y evolución de la autoestimación b) tipos correlativos de sucesos que puedan culminar en estas desintegraciones de la seguridad. (19, pag. 213).

Al referirse a la reorganización de la personalidad del tipo que se asemeja a la salud mental, Sullivan aclara que ésta no puede ser el resultado del odio, humillación etc., sino de afecto e intimidad. "Dada la situación correcta, la recuperación "social" llega hacia una recuperación "real" y ciertamente incluye mucho de la verdadera organización de la personalidad trastornada." (19, pag. 278).

Explica este autor que la duración en tiempo de los procesos esquizofrénicos está en función del balance entre los sistemas disociados y disociantes. La restauración del balance a favor del sistema disociante es lograda por algunos ajustes de las relaciones interpersonales. (19, pag. 291.)

19 SULLIVAN, H.S. "La Esquizofrenia como un Proceso Humano." pags. 278; 213, 291, Herrero Hnos. Sucs., S.A. Editores, México, 1964.

S U M A R I O.

En general, los autores presentados describen el síndrome - esquizofrénico como perturbación en el proceso del pensa--- miento en cuanto a ligas asociativas laxas y dificultad en- la asociación; así como en el trastorno de la afectividad - siempre que esta falta de integración emocional desvincule- total o parcialmente al paciente de la realidad y sus objetos. Las opiniones se dividen en cuanto a una pérdida to-- tal o parcial de la prueba de realidad pero en general, acep tan que no necesariamente deba existir una pérdida total de- ésta. Al analizar el pensamiento esquizofrénico vemos que la semántica difiere pero convergen las ideas en un común deno- minador: rechazo de un sustrato orgánico y explicación de la dinámica a través de interferencias emocionales, de la si--- guiente manera:

Pensamiento Esquizofrénico: Para Bleuler es esencial la laxi tud de los conceptos y explica la interferencia emocional en una clara diferenciación entre: obstrucción e inhibición - (Nota pag. 170.) Freud lo describe como la emergencia del -- proceso primario del pensamiento por fijación y/o regresión- que incapacita al paciente para distinguir entre cosas en la mente y en el mundo externo (proceso secundario del pensamien to) limitándolo a la realidad subjetiva de la mente. Para - Minkowski el pensamiento esquizofrénico es espacial basado - en un racionalismo y geometrismo mórbido con atrofia de los- factores que dependen del instinto e hipertrofia compensado- ra de todo aquello que tiene analogía con la inteligencia.

Sullivan expone que hay una erupción de funciones primitivas en el pensamiento esquizofrénico por disociación de la es--- tructura mental cuyas funciones desintegradas sufren una re- gresión en la función a niveles más tempranos de la ontolo- gía mental explicada a través del proceso de los grados va-- riantes de concienciación (Nota 2,3,4pag. 170)

T A B L A 8

Esquema condensado y abreviado de algunos grupos de las funciones del ego y de algunas de sus perturbaciones. (La lista que encabeza las categorías ha sido elaborada por D. Beres).

FUNCIONES DEL EGO.	PERTURBACIONES DEL EGO.
1. **RELACIÓN CON LA REALIDAD:**	1. **PERTURBACIÓN DE LA RELACIÓN CON LA REALIDAD**
A. Adaptación a la realidad. a. Diferenciación de figura y fondo. b. El rol del juego. c. Espontáneidad y creatividad; regresión al servicio del ego.	A. Perturbación de la capacidad adaptativa. a. Conducta inapropiada con dificultades subjetivas y objetivas. b. Inhabilidad para manejar las desviaciones en una rutina normal. c. Falla en la adaptación social; rigidez.
B. Prueba de realidad: a. Agudeza de percepción. b. Juicio saludable. c. Orientación en tiempo, lugar y persona.	B Perturbaciones en la prueba de realidad: a. Proyección, racionalización, negación y la distorción de la realidad por alucinaciones y delusiones.
C. Sentido de realidad: a. Buenas "fronteras del self" b. Inobstructividad del funcionamiento ordinario.	C. Perturbaciones del sentido de realidad: a. Sentimientos de extrañeza y falta de espontaneidad. b. Excesivos sentimientos de "deja vu". c. Oneirofrenia. d. Delusiones cósmicas. e. Imágenes corporales confusas. f. Intrusión del self como sujeto u objeto. g. Manifestaciones fisiológicas.
2. REGULACION Y CONTROL DE LOS IMPULSOS: a. Habilidad para ajustarse a una conducta desviada. b. Tolerancia a la frustración (neutralización de la energía libidinosa).	2. PERTURBACION EN EL CONTROL DE LOS IMPULSOS: a. Desordenes en la conducta y en los hábitos. (berrinches, morderse las uñas) b. Propensión a los accidentes. c. Impulsividad excesiva.

c. Tolerancia a la ansiedad.

d. Motilidad integrada.

e. Tolerancia a la ambigüedad.

f. Sublimación.

3. RELACIONES DE OBJETO:

a. Capacidad para formar satisfactorias relaciones de objeto.

c. Constancia de objeto.

4. PROCESOS DEL PENSAMIENTO.

a. Escrutinio selectivo.

b. Habilidad para evitar contaminación por medio del material de impulsos inapropiados.

d. Habilidad sostenida para concentrarse.

e. Habilidad de abstracción.

5. FUNCIONES DEFENSIVAS.

a. Represión (como una barrera contra estímulos externos e internos.)

b. Sublimación, reacción formativa.

c. Proyección

d. Negación, regresión y otras defensas.

d. Estados de tensión.

e. Excitación catatónica y maniáca.

f. Baja psicomotora de la catatonia y la de presión.

g. Falta de adquisición incompleta de control de las funciones excretoras.

h. Manifestaciones fisiológicas.

3. PERTURBACIONES EN LAS RELACIONES DE OBJETO:

a. Deficiencias psicotóxicas y psíquicas (enfermedades en la infancia).

b. Narcisismo, autismo.

c. Relaciones simbióticas.

d. Relaciones anaclíticas.

e. Hipercatexias del self, ambivalencia, miedo de incorporación, sadomasoquismo.

4. PERTURBACION EN EL PROCESO DEL PENSAMIENTO.

a. Pensamiento organizado y compelido por los impulsos.

b. Preocupación con los fines instintivos.

c. Lógica autista.

d. Tipos de ligas asociativas laxas y sin sentido.

e. Distorción de la realidad.

f. Falta de referencia en tiempo y lugar. Antropomorfismo, concretismo, simbolismo, — sincretismo, etc.

5. PERTURBACION DE LAS FUNCIONES DEFENSIVAS.

a. Emergencia del proceso primario del pensamiento.

b. Reacción superior al estímulo.

c. Experiencias de deja vu.

d. Falta de control de los impulsos.

e. Fenómenos hipnagogos atemorizantes.

f. Incremento en parapraxias.

g. Deterioro del control emocional.

6. FUNCIONES AUTONOMAS.

a. Percepción
b. Intención
c. Inteligencia.
d. Pensamiento.
e. Lenguaje.
f. Productividad.
g. Desarrollo motor.

7. FUNCION SINTETICA.

a. Unir, organizar, atar y crear -- la habilidad del ego para formar una Gestalten.
b. Neutralización
c. Sublimación
d. "Homeostásis" somática.

6. PERTURBACION DE LAS FUNCIONES AUTONOMAS.

a. Deterioro correspondiente a estas funciones del ego.

7. PERTURBACION DE LA FUNCION SINTETICA.

a. Tendencia a la disociación.

b. Inhabilidad para tolerar cambios o traumas

c. Inhabilidad para controlar la energía psíquica.

TABLA 9

DINAMICA HUMANA

Esquema de Clasificación de los Procesos Adaptativos basados en el grado de Resolución logrados en el Organismo-Ambiente-Configuración. Grado de Cinesis.

I. Adaptación: Cinesis completa: resolución total de la configuración al grado que no haya tensión sobrante.

II. Adaptaciones Parciales: mediante las cuales la tensión en la situación-organismo-ambiente está más o menos reducida pero la configuración no ha sido resuelta completamente.

A. Compensación: mediante la cual actividades más simples y procesos implícitos son substituídos en vez de adaptaciones difíciles o imposibles.

1. Ensoñación o Fantasía en vez de pensamiento constructivo o acción.
2. Deportes, teatro, lectura, etc., en lugar de esfuerzo.
3. Búsqueda de y beneficio por causar lástima.
4. Mentiras asociales, mentiras patológicas de tipo idealizante, etc.

B. Sublimación: por medio de la cual, actividades más complejas y procesos implícitos, los cuales están en conformidad con los sistemas de los ideales, sociales o derivados, son sustituídos inconscientemente por procesos más directamente adaptativos, los cuales si se llevan a cabo podrían crear una nueva situación organismo-ambiente debido a la desaprobación de otros.

1. Actividades altruistas.
2. Prácticas religiosas.
3. Otras conductas rituales de valor social.

C. Reacciones de Defensa: por medio de las cuales actividades más complejas y procesos implícitos, los cuales, al no avenirse completamente con los sistemas de ideales sociales y sus derivados, son sustituidos inconscientemente por procesos más directamente adaptativos, los que son bloqueados por conflictos dentro de la personalidad, la tensión del conflicto se evade o se reduce por lo tanto.

a. En los cuales el aspecto "interno" de la situación es el más impresionante:

1. Olvido.
   i. Supresión.
   ii. Represión.
2. Racionalización.
   i. Elaborativa.
   ii. Falsificación retrógrada.
   iii. Derogatorias.

3. Agitación.
   Incluye muchas "sublimaciones anormales," reformado res, etc.
4. Transferencia de culpa.
   i. Impersonal-suerte, sino, etc.
   ii. Personal "mi enfermedad," "mis puntos de vista," etc.
   iii. Paranoide-sospecha-culpa-persecución.

b. En las cuales el aspecto "externo" es el más impresionante:
1. Negativismo.
   i. Pasivo.
   ii. Activo.
2. Incapacitación.
   i. Específica.
   ii. General.

D. Disociación: por medio de la cual los sistemas de experiencia de algunos de los aparatos somáticos son desintegrados del resto de la personalidad y utilizados en actividades y procesos casi-adaptativos-implícitos en desarmonía con aquellos del resto de la personalidad.
1. Tics "psicogénicos," manerismos, movimientos estereotipados.
2. Automatismos, incluyendo la escritura automática, adivinación, etc.
3. Espiritismo, etc.
4. Alucinosis.
5. Personalidad múltiple y aspectos similares.

E. Regresión: por medio de la cual la experiencia más reciente y la elación resultante de los complejos, sentimientos y tendencias, son desintegrados de tal manera como para removerlos como factores descubribles en la situación organismo-ambiente; de aquí resulta la aparición de esfuerzos adaptativos de un estadio cronológicamente más temprano, de la personalidad.

III. Procesos no Adaptativos: por medio de los cuales la tensión en la situación organismo-ambiente no es reducida, y no se logra la resolución de la configuración.

(A. Pánico: en el cual los actos son reflejos y de un orden impulsivo primitivo, y los procesos implícitos, también primitivos. Una regresión desigual mucho más marcada en el despertamiento del temor primordial.)

B. Angustia; variando desde ataques más o menos francos de miedo a preocupación pesimista.

C. Preocupaciones Obsesivas, incluyendo las dudas morbosas y los escrúpulos.

(D. Tristeza: en la cual los procesos predominantes pueden o no ser completamente no adaptativos.)

E. Depresión.

Este es un esquema abstracto, y no una exposición de género y especies de los procesos adaptativos, los cuales son procesos dentro, de, e incluyen al organismo en una existencia común, dentro, del, y con el medio ambiente. Un esquema de este tipo es útil solamente como marco de referencia de una ayuda en orientarse dentro del problema de la comprensión de una personalidad individual y sus problemas; términos estáticos se han usado para asignar modalidades del proceso (cambio).

3. LOS SUBGRUPOS DE LA ESQUIZOFRENIA.

A. EL GRUPO PARANOIDE.

Kraepelin establece el diagnóstico diferencial entre la "dementia paranoides" y las ideas delirantes preseniles de ser agraviados, en el comienzo sutil e insidioso y un grado algo menor de elaboración de los síntomas de estos últimos. Para este autor los rasgos que tienden a ser más evidentes en este tipo o fase, son las falsas percepciones, (que suelen ser numerosas, ilógicas, y no toman en consideración la realidad), las alucinaciones y el habitual trastorno esquizofrénico de las asociaciones y del afecto, junto con negativismo. Con frecuencia la personalidad prepsicótica del esquizofrénico paranoide se ha caracterizado por una mala relación interpersonal.(11). Se presenta esta afección después de la adolescencia y más después de los treinta años de edad.

Bleuler toma muy en cuenta el carácter del individuo en función del cual la enfermedad puede presentarse en la forma de alucinaciones, accesos persistentes o episódicos de sollozos, intentos de suicidio o insensata destrucción de objetos. Describe que el curso de la misma no se desarrolla siguiendo una curva continuamente ascendente, sino más bien con oscilaciones prominentes que a veces se aproximan a la normalidad y otras están muy alejadas de la línea básica.

Para Bleuler el "Grupo Paranoide" se caracteriza por un defecto del juicio con un mayor o menor grado de "demencia" así como de "deterioración" en la esfera afectiva, siendo menos evidente en los verdaderos paranoides. Afirma que es erróneo suponer que la "deterioración" debe presentarse muy marcada e inclusive grave en los llamados casos "secundarios" y observa que ocasionalmente ve en estos pacientes excelentes realizaciones intelectuales, existiendo lado a lado con las muy frecuentes alucinaciones y absurdas ideas delirantes.

11 NOYES, ARTHUR P. "Psiquiatría Clínica Moderna" pags. 447/450. La prensa Médica Mexicana, 1961.

12 BLEULER EUGEN, "Demencia Precoz. El Grupo de las Esquizofrenias" pags. 241/42. Ediciones Hormé. Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

Es valiosísima la aportación que ha hecho Bleuler a la psicología clínica al destacar al "enfermo" en vez de "enfermedad" aclarando que los síntomas paranoides tales como alucinaciones, especialmente auditivas, ideas delirantes de persecusión, de perjuicio, de grandeza y eróticas aunque generalmente están presentes no necesariamente forman parte de este cuadro pudiendo ser sustituídas por las falsas autorreferencias que pueden ser elaboradas en ideas delirantes; afirma que las ideas delirantes pueden permanecer estacionarias en su fase casi embrionaria, que aparecen síntomas catatónicos de todas clases, como fenómenos transitorios, como secuela de los accesos agudos o como manifestaciones de conducta permanente, siendo las excitaciones maníacas bastante raras y los estados de confusión alucinatorios casi tan frecuentes como las depresiones.

En suma, demuestra que los síntomas "puros" que harían el diagnóstico diferencial extremadamente fácil no siempre se encuentran. Destacan, pues, como fenómenos esenciales un juicio deficitario conservándose intacta la inteligencia en asuntos no relacionados con los complejos de los pacientes, cierto grado de "demencia" y "deterioración" en la esfera afectiva, que en los verdaderos paranoides es donde menos evidente es, y falsas autorreferencias que pueden ser elaboradas o no en ideas delirantes. (12).

Para Freud la paranoia es un tipo clínico independiente,(14) aunque su cuadro aparezca frecuentemente complicado por rasgos esquizofrénicos. Desde el punto de vista de la libido podría diferenciarse en una distinta localización de la fijación dispositiva y en un distinto mecanismo de retorno. Afirma que el "delirio de grandeza" puede constituir por sí solo una paranoia, deduciendo que en esta afección la libido liberada es acumulado al yo siendo utilizada para engran

12 BLEUER EUGEN, "Demencia Precoz. El Grupo de las Esquizofrenias". pags.242/45. Ediciones Hormé. Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

14 FREUD SIGMUND, "Obras Completas" Volumen II, pags. 683/684. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1948.

decerlo, quedando alcanzado el estadio del narcisismo don de el objeto amoroso está provisto de genitales idénticos a los propios (teoría sexual infantil), es decir, una e-- lección homosexual de objeto. La fijación la explica este autor en la siguiente forma: (14), pag. 684).

F i j a c i ó n: (Retroceso de la libido, regresión). (a)"Intensificación colateral por desiluciones experimenta das cerca de la mujer; (b) Retroceso directo por fracaso - en las relaciones sociales con los hombres; (c) Intensifi- cación general de la libido demasiado poderosa para encon- trar derivación por los caminos ya abiertos y que rompe en consecuencia los puntos débiles que trazan su curso."

Mecanismo de retorno:"Defensa contra una fantasía optativa homosexual consistente en delirio de persecusión (homose-- xualidad inconscientemente intensificada). Estas ideas pue den ser más o menos graves, de acuerdo con la economía del equilibrio emocional del individuo, pero pueden progresar- hasta etapas más graves de la despersonalización, sensacio nes corporales y estupor catatónico"

Declara Freud que todas las formas principales de la para noia pueden ser consideradas como contradicciones a una ú nica afirmación: "Yo (un hombre) l e a m o (a un hom- bre)". En el historial del caso Schreber, describe el de- sarrollo de un sistema delirante a través de las fases de negación, deformación y proyección, como en la relación - ambivalente de Schreber con su padre y los sustitutos del padre (doctor, Dios) y sus temores de castración.(14;17).

1. Yo no lo amo, yo lo odio. (negación).
2. El me odia. (proyección).
3. Yo lo odio porque él me persigue (racionalización).

14 FREUD SIGMUND, "Obras Completas" Volumen II, pags. 661/ 682; 684/685. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1948.

17 ALEXANDER FRANZ y ROSS HELEN, "Psiquiatría Dinámica" pags. 247/48. Editorial Paidos, Buenos Aires, 1958.

Freud concluye que la observación no deja ningún lugar a duda en cuanto a que el perseguidor es el hombre anteriormente amado, y que el mecanismo de la producción de síntomas de la paranoia exige que la percepción interior, el sentimiento, sea sustituida por una percepción exterior.

En suma, para Freud el paranoico está fijado en el estadio del narcisismo, el delirio de megalomanía y/o de persecusión caracterizan el cuadro utilizando el mecanismo de proyección para defenderse contra una sexualización de sus tendencias sociales recuperando así su relación de objeto con el retorno de la libido a los mismos. "El delirio en el cual vemos el producto de la enfermedad, es en realidad la tentativa de curación, la reconstrucción."(14).

Katan, también reexaminó el caso Schreber, particularmente sus alucinaciones en tres diferentes estudios y concluyó que: (15).

1) Las catexias de las peligrosas urgencias homosexuales eran rechazadas y que esta energía era usada en forma de alucinaciones. El considera la alucinación un fenómeno de descarga.

2) Etapa presicótica: El miedo de que la excitación sexual pudiera culminar en una emisión era mirado como un gran peligro que había de evitarse a toda costa y que podría ser considerado como el centro del conflicto de Schreber.

3) Aún durante la psicosis una parte de la personalidad está en contacto con la realidad. La magnitud de está area de la personalidad cambia constantemente: cuando el peligro de las urgencias homosexuales no es demasiado grande una

14 FREUD SIGMUND, "Obras Completas" Volumen II, pags.683/692. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1948.

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the Syndrome" pags. 286/87, Logos Press, New York, 1958

relación con la realidad relativamente buena se mantiene; sin embargo al aumentar el peligro de la salida de estas tendencias peligrosas, la proyección de los deseos homosexuales se incrementa y la relación con la realidad se rompe.(15).

Katan, mantiene que las características sobresalientes del período prepsicótico es una pérdida de la parte positiva del Complejo de Edipo. Esto es, cuando el Complejo de Edipo no se reprime pierde sus catexias. Así el hombre esquizofrénico con urgencias femeninas, comenta Katan, difiere del homosexual: el último tiene una fuerte unión edípica con su madre, así que él se identifica con ella y busca un muchacho que lo represente como objeto de amor. El esquizofrénico no tiene una unión edípica; su deseo de ser una mujer se desarrolla de un factor constitucional de feminidad. Katan considera la bisexualidad esquizofrénica y cree que el conflicto bisexual conduce a una etapa en la que el factor heterosexual se abandona. Antes de la etapa prepsicótica este autor siente que muchos esquizofrénicos tienen un complejo de edipo de tipo narcisístico: esto es, el muchacho ama en su madre la feminidad que existe en él. Cuando sus urgencias inconscientes hacia la feminidad aumentan en fuerza, el ego es abatido y la condición edípica es abandonada. Katan señala que la presencia del complejo de edipo se considera una fuerte protección contra el peligro de una psicosis. (15).

Este autor opina que cuando el esquizofrénico ha regresado completamente del complejo de edipo entra en un estado de pronunciado narcisismo. Los defectos de su ego son severamente limitantes y el orgasmo genital tiene el significado de una función femenina; por lo tanto debe evitar la excitación sexual idealizando su propia masculinidad en otro hombre; sin embargo, esto incrementa, desafortunadamente,-

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the Syndrome" pags. 287/88. Logos Press, New York, 1958.

la identificación femenina y nuevamente incrementa a su - vez la excitación sexual. Cuando este delicado balance, - observa Katan, en que la relación al hombre es el único - lazo con la realidad, si se altera, el ego regresa a un - punto de manifiesta patología psicótica. (15).

Se citan también a McAlpin y Hunter quienes discutieron - el caso Schreber así como "Una Neurosis de Posesión Demoniáca en el Siglo XVII" y estos autores en los dos estu-- dios enfatizan la naturaleza libidinal del contenido psicótico. En ambos encuentran:

1) Reactivación de fantasías arcaicas inconscientes in cluyendo esas de la propia impregnación.

2) Regresión a etapas de completa ambisexualidad.

Sugirieron que la enfermedad surge primeramente como una - perturbación de la relación del paciente consigo mismo, -- con su mente y con su cuerpo y así explican la prevalescen cia de los síntomas somáticos e hipocondríacos. Enfatizan- que las fantasías de impregnación que equivocadamente se - consideran surgir del inconsciente y probar la existencia- de tendencias homosexuales pasivas. (en vez de ser algo mu cho más arcaico, comentan estos investigadores). Conside-- ran que estas fantasías de procreación arcaicas extremada- mente destructivas lo son mucho más que las posteriores ho mosexuales. (15).

Para Mayer-Gross la esquizofrenia paranoide es el tipo más homo géneo y menos variado, es decir, que mantiene sus caracteres típicos durante todo su curso, siendo los síntomas funda-- mentales las vivencias delirantes primarias, seguidas por- interpretaciones delirantes secundarias. Este autor cita a- Lange (1924) y Kehrer (1924) que sostienen la teoría que a- tribuye el origen de la paranoia a anormalidades (18) se--

15 BELLAK, LEOPOLDO, "SChizophrenia: a Review of the Syndrome" pags. 287/88. Logos Press, New York, 1958.

18 MAYER-GROSS, W. y Colab. "Psiquiatría Clínica" pags. 384/ 386, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1958.

xuales tales como inmadurez, mojigatería con fantasías se xuales perversas, impotencia, frigidez y toda la serie de perversiones sexuales. Observa Mayer que esta opinión coincide con la interpretación de Freud de la "paranoia" de - Schreber como la consecuencia de la homosexualidad reprimida y del fracaso parcial del enfermo para mantener la - represión; sin embargo Mayer opina que esta es una hipótesis preconcebida y que si se pone a prueba con un material de casos no seleccionados representativos cae por su base. Por lo tanto está de acuerdo con Cameron que expone su conceptuación al respecto en la siguiente forma " Debe incluirse también en toda explicación de un desarrollo paranoide, la influencia de factores no sexuales, tanto incapacidades personales como frustraciones situacionales". (18, pag.386)

Basándose en las investigaciones de Kallmann (1938) informa que el trastorno se inicia alrededor de los 35 años y - en todos los demás tipos a los 23.años; y enfatiza que las remisiones después de una psicosis paranoide prolongada -- son ordinariamente, sólo aproximaciones a una adaptación social.

Resumiendo, para este autor los síntomas fundamentales son las vivencias delirantes primarias, seguidas por interpretaciones delirantes secundarias. Junto con las alucinaciones pueden estabilizarse casi como el único trastorno en una psicosis paranoide, que dura por muchos años. Ahora bien, para Mayer las perturbaciones del pensamiento, del sentimiento y de la volición, es decir, aquellos síntomas que -- llevan a la deterioración de la personalidad, pueden estar ausentes o ser insignificantes y revelarse sólo bajo circunstancias especiales. El considerar a la sexualidad o la homosexualidad como factores causales de la enfermedad paranoide es algo que depende de que se crea o no que el sexo es el primun movens de todas las actividades de la vida.

18 MAYER-GROSS, W. y Colab. "Psiquiatría Clínica" pags. 384/394.Editorial Paidos, Buenos Aires, 1958.

B. SUBGRUPO CATATONICO.

La incidencia de esta forma fluctúa del 11 al 43 por ciento en todos los grupos de esquizofrénicos. (Duval,A, 1948; Thomas,G.C.G.,1949; Schulte-von,1955); en otras series ocurrió con una doble frecuencia que en la forma paranoide. -- (Kleist, K,1951).Este tipo se divide en mudo, akinético, parakinético, negativista, y formas estereotipadas (Schulte-von,1955). La edad de inicio es de 14 años (Michaux,L,1955) (Szlemkewyez,1955), pero en un grupo de esquizofrénicos de 40 años de edad el 20 por ciento se diagnósticaron como tipo catatónico.(Polonio,P,1953); sin embargo el promedio de edad en el inicio aquí fue de 25 años. Los pacientes masculinos fueron más representativos que las pacientes del sexo femenino. Era común que provinieran de una familia de esquizofrénicos. (Kleist,K,1951.). (15).

Los casos más notables comienzan con un acceso agudo, con - o sin un período preliminar o pródromo, que muestra las ca-- racterísticas de las excitaciones esquizofrénicas habitua-- les. (12). Puede empezar también con síntomas paranoides -- crónicos, que más tarde o más temprano se hacen conspicuos- un comportamiento y negligencia peculiares, no directamente relacionados con las ideas delirantes ni motivados por ellas a las cuales se asocian repentina o gradualmente los síntomáscatatónicos: (12).

1) Formas de estupor combinadas con síntomas cataleptícos e hiperkinesia. (12).

2) Negativismo y automatismo. (12).

La catatonia típica se caracteriza por el "bloqueo" motor, que distinguió Kraepelin de la inhibiciónmotora. (18).

12 BLEULER EUGEN, "Demencia Precoz. El Grupo de las Esquizofrenias" pags. pags. 245/46. Ediciones Hormé. Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the Syndrome" pags. 142, Logos Press, New York, 1958.

18 MAYER-GROSS,W. y Colab. "Psiquiatría Clínica" pags.379. Editorial Paidos, Buenos Aires, 1958.

La última actúa como un freno dificultando la marcha de - todos los movimientos, mientras que el bloqueo lo inte--- rrumple completamente o detiene totalmente el impulso, que puede recobrar su velocidad normal cuando desaparece el -- obstáculo. (18).

Las posturas anormales (18) son, en general, un síntoma de los casos más avanzados de la esquizofrenia catatónica, pe ro en sus formas menos exageradas pueden observarse también en casos recientes. S imultáneamente con el negativismo o al ternando con él se observa la obediencia automática;(18). La flexibilidad cérea verdadera es mucho más común en cier tos estados encefalíticos que en la catatonia. Lo mismo -- puede decirse de la ecolalía y la ecopraxia, pero también- pueden presentarse como signos de obediencia automática en los catatónicos, acentuando de ese modo el aspecto neuroló gico de la enfermedad.(18).

Las estereotipias posturales pueden ser espontáneamente ad quiridas por el enfermo, quien suele después atribuirles - algún sentido; Se ha observado algunas veces que los esta- dos de inmovilidad transitorios, que pueden durar de minu- tos hasta horas, son un signo precoz de la esquizofrenia - catatónica. Rosenthal (1940) los encontro en una cuarta -- parte de 70 pacientes examinados; la gran variedad de este- reotipias de movimiento abarca todas las posibilidades, -- desde el simple comportamiento "neurológico" motor, hasta- las complicadas hipercinesias de un carácter altamente sim bólico. Algunas son casi idénticas a los tics extrapirami- dales o a las sacudidas musculares de origen cortical, ta- les como el clásico "morrito" (Schnauzkrampf"), el girar - ritmico de la cabeza hacia un lado, o las sacudidas desor- denadas de los brazos.(balística. La hipercinesia general- puede proceder o seguir al estupor. El ritmo del sueño y - la profundidad resultan a menudo perturbados en la catato- nia.(18).

18 MAYER-GROSS,W. y Colab."Psiquiatría Clínica" pags.379/ 381. Editorial Paidos, Buenos Aires, 1958.

Aunque ha aparecido muy poca literatura de la personalidad premorbida, Bellak cree que en una personalidad predispuesta - un "stress" avasallante como la pérdida de un ser muy querido, por muerte o por suicidio, puede precipitar la enfermedad. (15).

Milici, P, 1949 hizo una investigación sobre la inhibición de la afectividad en el grupo catatónico habiéndo encontrado como síntomas más sobresalientes: apatía, pérdida de interés en el ambiente, un sentimiento de que el mundo era - hostil y de que todos eran culpables, dificultad para comprender el significado de los eventos, marcada reticencia y suspicacia con relación al observador. (15).

Bellak reporta los hallazgos de varios investigadores además del ya mencionado resaltando entre éstos la depresión, y pensamientos de suicidio, marcada incertidumbre, sentimiento de vacuidad mental, desorganización del pensamiento desorientación izquierda-derecha, sentimiento o delusiones de ser perseguido, de renacimiento, de catástrofe, sentimientos de exaltación o identificación con el cosmos. Observa este autor que en general, comparándolos con el grupo control, con los pacientes hebefrénicos y paranoides los catatónicos revelaron una significativa incidencia estadística de ecolalia y respuestas moderada o severamente incoherentes. (15).

Bellak manifiesta que la conducta del paciente catatónico es comprensible desde el punto de vista psicológico, interpretando la estereotipia como un intento por parte del paciente de decir una historia determinada basándose en la - historia de su vida y el evento precipitante (Myers, H, J, - 1947), reflejando una falta de pensamiento reflexivo y crítico. (15).

Los episodios catatónicos, reporta Bellak, son el resultado de una disolución de las fronteras del self y del mundo cir

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the Syndrome" pags. 142/43. Logos Press, New York, 1958.

cundante. Tales episodios, continúa este autor, pueden -- presentar intentos de principiar una nueva vida, reflejado en el síntoma del renacimiento; en la reintegración -- puede o no ser exitóso. (15).

La esquizofrenia catatónica puede tomar un curso episódico y periódico, esto es común. Las investigaciones clínicas y genealógicas sugieren que constituye una subcategoría de la esquizofrenia, afirma Bellak, así como que la - constitución física del catatónico sea más bien pícnica. En suma, el síndrome catatónico se caracteriza en conducta por una exitación inicial seguida de estupor, asociada con cambios fásicos en el tono muscular. (15).

Informa Bellak, que este cuadro se debe a una disfunción-metabólica aunque pueden presentarse cambios neuropatológicos -- encefalíticos o gliióticos -- en el sistema nervioso y los síntomas catatónicos considerarse como secunda-- rios a éstos. El cuadro de esta afección puede remitir pero una de las complicaciones dela excitación en la esquizofrenia catatónica es el agotamiento y hasta la muerte. Se-presenta en estos casos taquicardia, colapso vascular periférico, pérdida rápida de peso, progresiva hipertermia y muerte. Este trastorno responde al tratamiento tiroideo(15).

C. SUBGRUPO HEBEFRENICO.

Bleuler se siente inclinado a subrayar en este grupo la - "demencia" con excepción de los casos moderados; sin em-- bargo afirma que no existe en tales casos una completa - restitutio ad integrum así como que no hay síntomas específicos en este grupo, ni puede asegurar que los síntomas juveniles sean más frecuentes aquí que en la catatonia.(12)

12 BLEULER EUGEN, "Demencia Precoz. El Grupo de las Esquizofrenias" pags. 246/48. Ediciones Hormé. Editorial - Paidos, Buenos Aires, 1960.

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the Syndrome" pags. 143/44, Logos Press, New York, 1958.

Mayer-Gross prefiere colocar en este grupo todos los casos de esquizofrenia cuyo síntoma principal es el desorden del pensamiento. Se inicia aproximadamente a los 30 años. Este autor enfatiza que es típico de estos enfermos el comienzo insidioso, especialmente si la enfermedad se inicia entre los 15 y 25 años. Al comienzo puede haber solamente un -- cierto grado de dificultad de concentración en el esfuerzo mental que no le incapacita en el area del trabajo y puede interactuar en su medio social.(18).

Bellak opina que a pesar de las dificultades reales nosológicas la mayoría de los autores están de acuerdo en que -- cualquier paciente cuya conducta sea infantil, con respuestas afectivas tontas, con alucinaciones vívidas y lenguaje incomprensible debe clasificarse como hebefrénico.(15).

Noyes manifiesta que la desintegración final de la personalidad y de los hábitos es en este tipo mayor que en cualquier otro tipo de esquizofrenia, que son frecuentes las - boberías, las risitas sin causa aparente, la sonrisa y las carcajadas incongruentes o inapropiadas. Las alucinaciones que son frecuentes, continua Noyes, a menudo representan - la proyección de los imperiosos deseos instintivos reprimidos.(11).

Una leve apatía precede a menudo el trastorno del pensamiento. Las perturbaciones del yo toman varias formas; el enfermo siente que le ponen desde afuera pensamientos en la mente o que se los sacan de ella; con la pérdida del pensamiento la capacidad de planificar y anticipar el futuro se anula totalmente; se desvanecen el sistema y el órden de la vi

11 NOYES, ARTHUR,P. "Psiquiatría Clínica Moderna" pags.441/442. La Prensa Médica Méxicana, 1961.

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the Syndrome" pag. 138. Logos Press, New York, 1958.

18 MAYER-GROSS,W. y Colab. "Psiquiatría Clínica" pags.373/6. Editorial Paidos, Buenos Aires, 1958.

da y, aclara Mayer-Gross, se pierde el sentido de los valo res los; los sentimientos y los instintos se hacen dominan tes y gobiernan la conducta. Comenta este autor que el flo recimiento del apetito sexual no es infrecuente en los jó- venes esquizofrénicos, que de eso modo son llevados a la - masturbación excesiva o a la promiscuidad. (18).

D. SUBGRUPO SIMPLE.

Mayer-Gross opina que este tipo es quizás el más difícil de diagnosticar a causa de la ausencia de todos los signos a-- normales floridos y de los síntomas productivos. Describe - como síntomas principales la superficialidad de la respues ta emocional (su poca profundidad), la indiferencia o enca llecimiento combinados con la ausencia de voluntad y de im pulso, No se observa la catotonia, los delirios ni las alu cinaciones; puede existir trastorno del pensamiento pero - muchas veces es difícil descubrirlo y nunca es muy marcado. (18),pag. 370); en cambio Bellak sostiene todo lo contra-- rio basándose en los resultados de las investigaciones de- Duval, A. M. 1948; Polatin, P. 1948; Salfield, D.J, 1953; Wall, J.H.,1956, quienes reportan que "el inicio acontece temprano en la vida, y el cuadro clínico es el de una per- sonalidad opaca, torpe, desinteresada y apática, dependien te de otros que no demuestra manerismos, delusiones o alu- cinaciones; pero que sin embargo presenta una prominente - perturbación del pensamiento.(15). Como resultado de un es tudio extensivo de pacientes esquizofrénicos, Katan reporta que la presencia de alucinaciones y delusiones en las dos- quintas partes de sus pacientes arroja una cifra de inte-- rés puesto que estos síntomas son generalmente la causa de que muchos autores clasifiquen a los pacientes en otros -- subgrupos de la esquizofrenia. (15).

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the Syn- drome" pag. 137, Logos Press, New York, 1958.

18 MAYER-GROSS, W. y Colab. "Psiquiatría Clínica" pag.370, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1958.

Bleuler describe a estos pacientes como psicópatas, degenerados, insanos morales y alcohólicos y que aún los que conservan su apariencia de "normales" proporcionan un gran peligro para la sociedad. Afirma que este grupo se encuentra poco en los hospitales y que es en las capas bajas de la sociedad donde los esquizofrénicos simples vegetan como jornaleros, buhoneros y criados (12), pag. 249).

La incidencia en esta forma varía de 0.3 al 55 por ciento. (15). En la historia del 62.5 por ciento se encontró falta de seguridad en el hogar, muerte de los padres, desacuerdo familiar, y padres adoptivos. (15). El trastorno se inició entre los doce y catorce años y fue gradual en el 96.7 por ciento de todos los pacientes. El biotipo fue leptósómico en el 60 por ciento. Antes de originarse los síntomas francos en estos pacientes las siguientes características figuraron, comenta Bellak, en un órden descendiente de prominencia: pobre ajuste sexual, (98 por ciento); falta de autoafirmación (87 por ciento); timidez e hipersensibilidad en toda relación humana (70 por ciento) búsqueda de contacto con otros (65 por ciento); desviaciones (60 por ciento). (15).

E. REACCIONES ESQUIZOFRENICAS.

Mayer-Gross hace un estudio muy completo de las reacciones que pueden ocurrir en el individuo normal y las clasifica en: reacciones depresivas, neurásténicas, de ansiedad, y paranoide. Aclarando que la extensión, la duración y la dirección del cambio dependen tanto de las circunstancias que lo han provocado como de la constitución del individuo. (16).

12 BLEULER EUGEN, "Demencia Precoz. El Grupo de las Esquizofrenias" pags. 248/252, Ediciones Hormé. Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the Syndrome" pags. 137, Logos Press, New York, 1958.

16 MAYER-GROSS, W., y Colab. "Psiquiatría Clínica" pag. 189, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1958.

Para este autor existe una moderada reacción paranoide - que llama universal y que según él ha ayudado probablemente a la humanidad a sobrevivir, inspirando una sensibilidad frente al ambiente que de otra manera no hubiera tenido nunca. Ahora bien, Mayer-Gross se basa en la naturaleza egocéntrica de la reacción paranoide para discriminar entre las dos. Para este investigador las características - distintivas de la reacción paranoide son su lógica y coherencia interna; asímismo deslinda la "paranoia" y la esquizofrenia paranoide manteniendo constantemente la regla de que la reacción paranoide es un desarrollo mental que puede ser comprendido con el conocimiento completo de la situación y de la personalidad del enfermo. Opina este autor que cuando existen características no comprensibles - el diagnóstico es dudoso. (18).

Noyes (11) habla de reacción involutiva depresiva originada por los cambios endocrinológicos y hormonales que alteran las actividades metabólicas y vegetativas del cuerpo - implicando un aumento en la irritabilidad del sistema nervioso simpático. Opina que la amenaza a la personalidad - debido a la pérdida de funciones biológicas que se estiman demasiado y la inminencia del proceso de envejecimiento son mucho más angustiantes para el paciente que los -- cambios endocrinológicos. En esta época atraviesa el paciente por un período de stress psicológico durante el -- cual las amenazas cada vez mayores a una personalidad insegura, tienden a producir angustia, depresión y/o reacciones paranoides. Los síntomas más relevantes son: tendencias hipocondríácas, irritabilidad, malhumor, pesimismo, insomnio, con frecuencia suspicacia, muestras de re--

11 NOYES, ARTHUR, P. "Psiquiatría Clínica Moderna" pags. 374/381, La prensa Mexicana, 1961.

18 MAYER-GROSS W. y Colab. "Psiquiatría Clínica" pags. 248/49, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1958.

chazo a los esfuerzos y tiende a presentar crisis de llanto. En esta forma nos ha presentado este autor las reacciones de tipo endógeno incluyendo a la reacción involutiva-paranoide en éstas que se define como el fracaso de los patrones defensivos de la personalidad prepsicótica, cuyo sentimiento primario de inseguridad trataba el paciente de superar por medio de mecanismos defensivos proyectivos. Esta psicosis parece emerger de la personalidad, opina Noyes; las falsas percepciones habitualmente giran en torno a ideas de persecución y están bien organizadas, aunque les falta el contenido fantástico que se observa en la esquizofrenia. (11).

Para este autor la reacción esquizofrénica propiamente dicha altera la unidad que debe existir en la personalidad-el afecto tiende a ser inapropiado, el pensamiento a ser desordenado, la conducta a ser regresiva y la realidad se falsifica en forma de alucinaciones y falsas percepciones. Es decir, describe una reacción psicobiológica que se produce ante situaciones vitales que para el individuo es demasiado difícil encarar. Cree que es una forma de adaptación que se caracteriza por el retraimiento hacia un estado autístico, acompañado de preocupación provocada por falsas percepciones, como resultado de la incapacidad para manejar su angustia abrumadora empleando mecanismos de defensa menos drásticos. Habla aquí de un yo muy poco integrado.(11).

Bellak opina (15) que la perturbación del pensamiento puede estar presente en los casos reactivos pero no lo'suficiente' para catalogar a los pacientes 'psicóticos' en la prueba de Rorschach; y esto es independiente de la duración o extensión de la sintomatología. Describe un cuadro idea-

11 NOYES, ARTHUR, P. "Psiquiatría Clínica Moderna" pags. 374/384; 415/416, La Prensa Médica Mexicana, 1961.

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Shizophrenia: a Review of the Syndrome" pags. 156, Logos Press, New York, 1958.

lizado del paciente con psicósis reactiva de la manera siguiente:"Desde el nacimiento hasta el quinto año, la historia de maduración y desarrollo no mostró defecto alguno, - la salud física era buena. En general el ajuste en la escuela y en el hogar era bueno. Los padres eran aceptantes, las relaciones heterosexuales se habían establecido. El paciente tenía amigos, y los problemas domésticos no alteraban su conducta. (15).

El principio de la enfermedad fue con frecuencia repentino con una causa precipitante comprensible. La agresión se expresó en forma verbal. La decencia se retuvo. El curso fue fulminante con experiencias de alucinaciones masivas, con ideas de referencia, y moderadas tendencias paranoides, así como deterioro sensorial. De acuerdo con algunos autores la perturbación del pensamiento se hizo presente, pero para otros no. La respuesta al tratamiento fue buena. En - algunos pacientes como huella quedaron tendencias paranoides; fue común que el paciente ingiriera en exceso alcohol; sin embargo el ajuste social fue "adecuado". (15)

Bellak ha descrito una personalidad prepsicótica con un -- sistema dinámico armonioso de fuerzas cognoscitivas, afectivas y constitucionales que subitamente presenta un brote psicótico florido en alucinaciones masivas; en su segundo ejemplo describe una reacción psicótica de la adolescencia ejemplificando las investigaciones de Warren y Cameron que en detalle describen seis casos, de este tipo. La historia de la vida de tales pacientes sugiere una capacidad integrativa muy elevada, el inicio del trastorno fue agudo con gran ansiedad, aprehensión, insomio y temor a los ladrones Suspicacia desasociego y temor de ser sometido a una operación quirúrgica de los genitales, emergió en el climax de sus temores. (15). La recuperación fue completa en todos - los casos.

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the Syndrome" pags. 156/7, Logos Press, New York, 1958.

4. PRINCIPALES PUNTOS DE VISTA RESPECTO A LA ETIOLOGIA DE LA E S Q U I Z O F R E N I A.

En general podemos considerar las siguientes orientaciones con respecto al problema etiológico de la esquizofrenia.

A. ESTUDIOS QUE ENFATIZAN EL PAPEL DE LA HERENCIA. El primer trabajo metódicamente fundamental que abordó el problema de las psicosis esquizofrénicas fue llevado a cabo por Rüdin (1916), quien sustituye el método estadístico masivo de la investigación psiquiátrica por el ensayo genealógicamente captado; esforzándose así en en contrar empíricamente la frecuencia de la esquizofrenia entre diferentes clases de parientes de esquizofrénicos. Opina Jaspers que el objetivo de Rüdin fue el conocimiento de las unidades hereditarias reales y el tipo de su curso hereditario (dominante o recesivo); al respecto Mayer-Gross enfatiza que este método no supone como base la hipótesis de que hay que esperar una estrecha aproximación a las proporciones establecidas por Mendel(18;19)

Schulz (1932) volvió a revisar las familias examinadas antes por Rüdin y aplicó métodos estadísticos más perfeccionados a los datos sobre la frecuencia familiar. Mayer Gross informa que en las 660 familias que este autor investigó encontró una frecuencia de esquizofrenia del 7% entre hermanos de esquizofrénicos, y que las extensas investigaciones practicadas por los discípulos de la escuela de Rüdin establecieron que la probabilidad de que un individuo término medio acabe esquizofrénico es de 0,8 por ciento. (18). Kallmann (1938), estudiando los parientes de más de 1.000 pacientes encontró una frecuencia de

18 MAYER-GROSS,W. y Colab. "Psiquiatría Clínica" pag. 337, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1958.

19 JASPERS, KARL, "Psicopatología General" pags. 591/2, Editorial Beta, Buenos Aires, 1963.

esquizofrénicos entre los hijos de esquizofrénicos que variaba del 10 al 22 por ciento. Informa Mayer-Gross -- que la primera cifra que reportó Kallmann correspondía a los grupos de esquizofrenia simple y esquizofrenia paranoide, y la cifra más alta a los grupos de hebefrénicos y de catatónicos.(18).

Luxenburger(1930), estudiando los datos de que disponía dió como espectación de la esquizofrenia para los nietos de esquizofrénicos el 3 por ciento; para sobrinos y sobrinas el 2 por ciento, y para los primos hermanos el 2 por ciento.(18). Mayer-Gross informa que la prueba -- más ilustrativa respecto a la significación de los factores hereditarios en la etiología es la que resulta del estudio de los gemelos uniovulares, y nombra a Luxenburg (1928) como el primero en recomendar y llevar a cabo el estudio sistemático y sin preconceptos de gemelos esquizofrénicos. En su primera serie de 22 pares de gemelos uniovulares, los dos tercios de los hermanos gemelos de un esquizofrénico eran también esquizofrénicos;- en su segunda serie de 27 pares, la proporción se redujo a un tercio. (18).

Jaspers presenta los resultados de la investigación llevada a cabo por Luxenburger acerca de la coincidencia de la psicopatía esquizoide y esquizofrenia en padres e hijos en el siguiente cuadro: (19).

Cuando ambos padres son normales	0,05
" un padre es anormal	3,2
" dos padres son anormales	8,6
" ningún padre es esquizoide	1,3
" un padre es esquizoide	4,1
" ambos padres son esquizoides	12,0

18 MAYER-GROSS,W. y Colab. "Psiquiatría Clínica" pag. 338, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1958.

19 JASPERS, KARL, "Psicopatología General" pag. 601, Editorial Beta, Buenos Aires, 1963.

Kallmann (1950), obtiene una concordancia de 86 por -- ciento en 953 gemelos uniovulares; una serie menos numerosa de 156 pares de gemelos, de los cuales 41 eran uniovulares, ha sido estudiada recientemente en Inglaterra con detalles clínicos bastante completos, comenta Mayer-Gross. (Staler, 1953). La concordancia en la proporción de los pares uniovulares se estimó en un - 76 por ciento, reconociéndose que en la etiología juga ban tanto factores ambientales como factores genéticos. Algunos de los hermanos uniovulares de los esquizofrénicos no sólo no resultaron esquizofrénicos, sino que tampoco mostraron ninguna anormalidad psiquiátrica dig na de tenerse en cuenta.(18).

Mayer-Gross hace resaltar que todos los investigadores están de acuerdo acerca de la gran y decisiva importan cia del factor hereditario en la esquizofrenia más no en el modo de herencia que sigue siendo dudoso. (15 -- pag. 338).Continua en su exposición diciendo que hasta la fecha es aún incierto si se trata de una herencia - recesiva o dominante. Luxenburger, Langfeldt y Kallmann (15;18) están en favor de la herencia recesiva, Lenz - piensa que es más probable un tipo de herencia dominan te. Como ha señalado Koller, prosigue Mayer-Groes,(1939) que la frecuencia de la esquizofrenia entre los hijos excede a la que se encuentra entre los hermanos, es u na prueba a favor de la teoría de la dominancia; por o tra parte, dice Mayer-Gross, Kallmann comprobó una fre cuencia elevada de matrimonios entre primos (1,5 por - ciento) entre los padres de los esquizofrénicos, lo -- que es un hecho importante en favor de la recesividad.

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the Syndrome" pag. 535, LogosPrees, New York, 1958.

18 MAYER-GROSS,W. y Colab. "Psiquiatría Clínica " -- pag. 338, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1958.

Se citan las discuciones de Mayer-Gross para que arrojen más luz en este complejo problema de la herencia:

"La esquizofrenia es una enfermedad generalmente maligna que presenta características clínicas específicas, pero que a pesar de la proliferación de casos dudosos y difíciles permite un diagnóstico firme; su base genética hipotética debe, por lo tanto, atribuirse a genes patógenos mutantes. Genéticamente, no es concebible considerar este estado como una variante extrema del normal, y el papel indudablemente importante de la herencia multifactorial debe limitarse a los aspectos no específicos de la enfermedad, esto es, a la coloración que toman los síntomas y a la velocidad con que ocurre la destrucción de la personalidad, así como su extensión, etc. Las observaciones de Slater (1947) comprueban que la herencia desempeña este papel modificador. Pero la esquizofrenia es una enfermedad relativamente común y los genes anormales mutantes son invariablemente raros; existen, por lo tanto, fuertes razones a priori para esperar que la esquizofrenia sea una enfermedad genéticamente heterogénea."

Mayer-Gross afirma que no existen pruebas, como resulta de los trabajos de Schulz (1932), de que las subdivisiones de Kraepelin en formas paranoides, hebefrénicas y catatónicas, correspondan a distintas entidades genéticas. Continua este autor, del mismo modo, aun la frecuencia de la esquizofrenia entre los hijos de esquizofrénicos nucleares, dos veces mayor que entre los hijos de los grupos periféricos (comprobada por Kallmann), podría interpretarse como efecto de la influencia de genes multifactoriales sobre la penetración de un gene específico común. (18).

18 MAYER-GROSS, W. y Colab. "Psiquiatría Clínica" pags. 338/339, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1958.

Mayer-Gross observa que el esfuerzo más persistente y que más éxito ha tenido para subdividir la esquizofrenia en base a la patogénesis genética, es el llevado a cabo por Leonhard (1935), discípulo de Kleist. Este autor encontró familias en las que había más de un miembro psicótico con psicosis endógenas atípicas que mostraban un notable parecido de familia. Leonhard señala que en los casos en que existe una historia de familia cargada (lo que sugiere un gene dominante), el curso clínico tiende a ser atípico y benigno. Schulz (1940) estudió las familias de 99 esquizofrénicos a los cuales Leonhard había diagnosticado dividiéndolos en grupos aproximadamente iguales formados por los que eran, en el sentido que él lo entiende, típicos, y los que eran atípicos. Entre estos dos grupos existía sólo una pequeña diferencia en la frecuencia de esquizofrenia de los hermanos (5,6 por ciento y 7,8 por ciento), pero en cambio se encontraba una gran diferencia en la frecuencia de esquizofrenia entre los padres (0,9 por ciento y 5,5 por ciento). Estos hallazgos, comenta Mayer-Gross, sugieren que en la esquizofrenia nos encontramos frente a una variedad de genes anormales, algunos de los cuales son recesivos, pero otros, y quizás, dice este autor, particularmente los que conducen a cuadros atípicos, son dominantes. (18).

En suma, todas las investigaciones parecen reforzar la hipótesis de Mayer-Gross de que existen en la esquizofrenia razones a priori de ser una enfermedad genéticamente heterogénea.

18 MAYER-GROSS, W, y Colab. "Psiquiatría Clínica" pag. 339, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1958.

Kline en su estudio de 2,100 admisiones en un hospital de veteranos propuso una posible relación entre el sub tipo de esquizofrenia y el biotipo (15). Este autor re porta que los mesomorfos tendían a ser paranoides y -- los ectomorfos tendían a ser hebefrénicos. Creyó tam-- bien que los endomorfos tendían a tener un pronóstico más pobre que el grupo combinado ectomorfo-mesomorfo,- y que hay una relación mucho más elevada entre el soma totipo y el pronóstico que entre el somatotipo y el -- subtipo de esquizofrenia. Huston (15) reporta que Bel lak en base a un estudio de casos sobre autopsia encon tró que los pacientes mentales que murieron formaron - un grupo relativamente homogéneo con respecto al bioti po sin diferir del todo en su enfermedad mental. Asi-- mismo, continua Huston, Lewis a través de sus experien cias derivadas de 1,000 pacientes dados de alta en el- Instituto Psiquiátrico de Nueva York, creo que los pa- cientes que poseen un biotipo pícnico que tienen alte- raciones del afecto, particularmente la depresión, o - considerable libertad del afecto con una evidencia de- precipitación externa, tienen un buen pronóstico. Aque llos pacientes que tenían un biotipo atlético y perso- nalidad esquizoide, redujeron el afecto y la precipita ción externa, estos también, comenta Huston, tienen -- un buen pronóstico. (15).

a) VISION ESQUEMATICA DE ALGUNOS CONCEPTOS DE LA DOCTRI NA B I O L O G I C A DE LA H E R E N C I A.

Cítanse en forma breve y esquemática algunos conceptos- de la doctrina biológica de la herencia formulados por- Karl Jaspers. (19).

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the - Syndrome" pag. 535, Logos Press, New York, 1958.

19 JASPERS, KARL, "Psicopatología General" pag. 591, - Editorial Beta, Buenos Aires, 1963.

Este autor visualiza un nuevo impulso por la teoría de la herencia en biología (genética) y por la exactitud de -- los métodos experimentales y evidencia de los resultados, la considera como uno de los dominios más importantes -- del moderno conocimiento científico-natural. (19).

Observa Jaspers que es singularmente importante el que - los cromosomas (substancia hereditaria) puedan llevar -- cualidades, genotipo, que el individuo no necesita mos-- trar como carácter, ya que alguien puede transmitir en-- fermedades por las mismas que el mismo no es atacado; afirma además, que en la composición natural de las pobla ciones humanas hay múltiples heterocigotes con herencia- mendeliana; que los hermanos pueden ser no solamente parecidos, sino también totalmente distintos, de manera -- que se den en ellos cualidades opuestas que se mantienen en su descendencia. En conexión con esto, observa Jaspers, "hay que pensar siempre lo complicado y por lo tanto lo - impenetrable que puede ser el caso singular, especialmente cuando es heredada polímeramente una cualidad singular, es decir, que está bajo el efecto de un gran número de genes combinables independientemente. "finalmente y ante todo es importante para nosotros la doctrina de las unidades hereditarias, la noción que el caudal hereditario está distribuído en los cromosomas, en determinado órden,- en unidades singulares aislables." (19, pag. 590).

En cuanto a la diferencia del modo hereditario dominante y recesivo, expone Jaspers que se apoya en la paridad de los cromosomas. Lo recesivo sólo se manifiesta cuando está dado en los dos cromosomas de la pareja, es decir, -- procedentes de ambos padres (por eso su frecuente aparición en los matrimonios consanguíneos). Menciona también a la variación y a la mutación considerándolas como con-

19 JASPERS, KARL, "Psicopatología General" pags. 585/8 Editorial Beta, Buenos Aires, 1963.

ceptos complejos e importantes. Dá a esta última la con notación de alteraciones saltuarias de la Anlage heredi taria, que originan enfermedades en familias que hasta-allí habían estado ausentes de ellas. (19).

Rüdin dá el primer paso para que la genética reconozca-las unidades hereditarias reales y el tipo de su curso-hereditario (dominante o recesivo); Jaspers plantea el-problema de las unidades hereditarias ya que no apare--cen a la luz directamente dando como resultado el que - todas las manifestaciones psicopatológicas hablen prime ramente contra su existencia. Opina el autor que no de-be considerarse a esta situación como una refutación de su existencia si son válidas las siguientes representa-ciones que se refieren a la relación de las manifesta--ciones reales con los genes que les sirven de base:(19).

1) "Todas las manifestaciones son resultado de la Anlage hereditaria y del mundo circundante." Jaspers enfatiza el hecho de que al compararse las manifestacio nes a través de varias generaciones, no se compara lo-inmediatamente idéntico, sino las manifestaciones de he chos típicos, en los que quizás un igual (el genotipo)-ha adquirirido aspecto distinto por causa del mundo cir cundante diverso. La deducción a la que llega este au--tor es la de que también las afecciones que más decidi-damente se basan en la herencia requieren las condicio-nes del mundo circundante para ponerse de manifiesto, y que todos los efectos del mismo requieren un Anlage pa-ra llegar a tener validez. Asimismo expone que la esqui zofrenia se basa en la herencia, pero tiene que agregar se algo del mundo circundante, pues en el caso de geme-los univitelinos, cuando uno enferma de esquizofrenia - enferma también el otro, pero no siempre. Opina Jaspers

19 JASPERS, KARL, "Psicopatología General" pags. 588/ 592, Editorial Beta, Buenos Aires, 1963.

que en tanto que son conocidas las condiciones del mundo circundante, por la eliminación de las condiciones exter nas necesarias, podría ser suprimida la manifestación, - latente en la Anlage hereditaria. (19).

2)"La unidad del gen no es la unidad de una mani festación." Los caracteres que se manifiestan, explica - Jaspers, apuntan a un gen, pero no son el gen, y lo que- no es coincidente en la manifestación inmedita, puede re montarse a un único gen, y al contrario, "lo que se nos- aparece como unitario, puede estar basado en el juego de varios genes. No reconocemos unidades hereditarias en la toma inmediata de cualquier manifestación, sino mediante la investigación de las relaciones hereditarias." (19).

3) "El efecto de las unidades hereditarias (genes) está en relación mutua." Las unidades hereditarias, dice el autor, no dan lugar cada cual a sus manifestaciones - por sí, independientemente de las otras."Las unidades he reditarias, como elementos, no constituyen una suma mecá nica, sino que se vinculan como miembros de un todo -los genes en el genoma. La estabilidad en las Anlagen o dis- posiciones hereditarias es por sí misma un ordenamiento- o tiene una estructura. Ese todo como todo parcial (en - relación con el organismo), tendría que estar fundado a- su vez en el efecto de un gen." (19).

Jaspers concluye que tan sólo en el encuentro de muchos- genes puede surgir, por ejemplo, una manifestación deter minada, una enfermedad. Así es un resultado negativo de- la investigación de la herencia que la esquizofrenia no- no puede ser la manifestación de una unidad hereditaria- afirma este autor, sino que tiene que surgir del encuen- tro de una serie de diversas unidades hereditarias bajo- condiciones adecuadas del mundo circundante."(19). "al--

19 JASPERS, KARL, "Psicopatología General" pags. 591/94, Editorial Beta, Buenos Aires, 1963.

guien puede poseer, en su Anlage hereditaria, una serie de genes que son la condición previa para la irrupción de la esquizofrenia, y no enfermar el mismo; pero al agregarse el último gen que faltaba, por la substancia hereditaria del cónyugue, dá orígen a la esquizofrenia en los hijos." (19).

4) "Las mutaciones (alteraciones saltuarias de la Anlage hereditaria) pueden hacer concebible que aparezcan enfermedades en familias que hasta allí habían estado excentas de ellas." (19).

Jaspers se interesa en el conocimiento de la transmisión hereditaria de lo psíquico pero reconoce sus limitaciones a través de la imprecisión permanente de los fenómenos y enfatiza que no debe despreciarse, para lograr este objetivo, la visión histórica de familias. Afirma que los conceptos básicos y las nociones de la genética logrados hasta ahora no bastan para explicar el proceso hereditario total sobre todo en seres humanos. (19).

Por lo anteriormente expuesto se deduce que su enfoque no es unilateral y que la flexibilidad de su pensamiento científico no tan sólo acepta sino que considera indivisible la investigación experimental de la herencia dentro de los campos genético-psicológicos. (19).

B. AUTORES QUE DESTACAN LA INFLUENCIA DE FACTORES CONGENITOS. Se citan únicamente a los autores más relevantes que en sus valiosas investigaciones establecieron la separación entre los adultos y los niños considerando a estos últimos como individuos con estructuras de personalidad específicas comprensibles solamente en términos

19 JASPERS, KARL, "Psicopatología General" pags. 591/608, Editorial Beta, Buenos Aires, 1963.

de sus niveles apropiados de desarrollo y maduración.(15).

Spitzka opina que la causa básica estriba en la estructura orgánica del cerebro (esquizofrenia infantil)-comenta Ekstein - y que la vulnerabilidad del cerebro en desarrollo se debe a trastornos nutricios, pudiendo este trastorno aparecer antes que se desarrollen las expresiones del lenguaje y las faciales.(15). Bender ve en la esquizofrenia infantil un retardo en la maduración al nivel embrionario caracterizado por una plasticidad primitiva en todas las areas, haciéndo posible la aparición espontánea de regresión, retardo, y precocidad en el patrón del desarrollo del niño autista. (15).

Caplan afirma que el niño tiene una capacidad o impulso a la normalidad que está determinada por una maduración biológica o crecimiento con un patrón que incluye direcciones hacia una meta. Concluye que el impulso frustrado hacia la normalidad y desarrollo puede crear un stress básico primario biológicamente determinado que junto con el stress ambiental puede seriamente debilitar al ego resultando la perturbación clínica de la esquizofrenia. (15). En suma, Caplan describe que la frustración hacia la normalidad y desarrollo biológico y psicológico debilitan al ego al grado de presentarse el síndrome esquizofrénico.

Ekstein comenta "La tesis sostenida en común por Bender Freedman y Caplan claramente dá luz sobre la importancia del proceso biológico de maduración y el desarrollo de la personalidad, resultante de la interacción del organismo con su medio ambiente para la comprensión de la etiología de la esquizofrenia infantil" (15).

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the Syndrome" pags. 556/567, Logos Press, New York, 1958.

Sackler y Colab. concluyeron que hay evidencia de que cierto imbalance hormonal ocurre en la relación fetal con la madre que conduce a un daño cerebral en base a disfunción neuro-endócrina. Marcus enfatiza la interrelación de la función de varios niveles del cerebro con la variedad de síntomas relacionados al comportamiento del esquizofrénico con las perturbaciones en las areas del cerebro que, podrían ser responsables del funcionamiento de esas areas de conducta, como por ejemplo al nivel vasovegetativo, nivel motor, emocional, intelectual e interpersonal. (15).

Anderson sostiene que el déficit del tipo de daño orgánico específico debe enfatizarse, y señalar el desorden esquizofrénico. Sante de Sanctis ve en la dementia prae cocissima una colección de enfermedades heterogéneas incluyendo todas las formas de la secuela post-encefalítica, desarrollo de anomalías orgánicas y fenómenos esquizoides reactivos. (15). Yakovlev, enfatiza que la naturaleza del proceso esquizofrénico se basa en una patología orgánica del sistema nervioso central que puede agravar notablemente la condición básica (alteraciones estructurales de la corteza cerebral). (15). Corberi y Weygandt afirman que en la esquizofrenia existe un proceso degenerativo cerebral parenquimatoso. (15).

Por la década de 1936-46, informa Ekstein, se dió considerable énfasis a un defectuoso sistema de circulación en la etiología de la esquizofrenia. Se hicieron investigaciones acerca del metabolismo, la oxidación de la glucosa y la oxigenación del cerebro para detectar la esquizofrenia. (15). Durante la pasada década 1946-56 los estudios histológicos encontraron un gran apoyo en los especimenes de la biopsia de la lobotomía. Los estu

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the Syndrome" pags. 568/570, Logos Press, New York, 1958.

dios neurológicos han postulado circuitos de comunica-- ción de mal funcionamiento entre el neocortex y la base del cerebro. (15).

Ekstein, autor del capítulo de esquizofrenia infantil de donde fueron tomados los datos presentados, expone diver sas teorías además de la mencionada, y con la amplia visión que su investigación le proporciona hace las siguien tes conclusiones: "Los estudios genéticos y bioquímicos- han continuado a ser de mayor importancia y finalmente,- una interesante tendencia se ha desarrollado entre los - investigadores orgánicos y psicológicos para buscar en - la etiología de la esquizofrenia un factor múltiple en - vez de un factor unitario. (15).

C. AUTORES QUE DESTACAN LOS HALLAZGOS NEUROPATOLOGICOS.

Wolf y Cowen a través de estudios cuidadosos y exhaustivos reportan que parecería por estos estudios que la a-- plicación de las técnicas usuales neuro-histológicas a - los especimenes de biopsia de los cerebros psicóticos, - no revelan ningún cambio específico constante. (15). Papez y Bateman usaron tinturas especiales para estudiar - los cambios en las células de cuarente y dos pacientes - con demencia precoz y concluyeron que cambios anormales- en los procesos citoquímicos de las células nerviosas -- son una característica constante de la demencia precoz - y que estos cambios consisten en la inclusión de cuerpos en los núcleos y en el citoplasma. (15). También reporta ron exámenes post-mortem del tálamo de psicóticos. Encon traron una avanzada patología celular en todos los casos. Nuevamente encontreron inclusiones de los cuerpos, des - trucción de células y una pérdida de dendritas y axones.

Vogt y Vogt describieron la temprana involución de la -- grasa en los núcleos mediales del tálamo en los pacientes

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the - Syndrome" pags. 570; 83/5, Logos Press, New York, 1958.

catatónicos. Estos autores pensaron que estas lesiones ocurrían antes del principio de la perturbación. (15).

Von Buttlar-Brentano estudió nueve pacientes esquizofré nicos, ocho de los cuales eran catatónicos. Los núcleos basales demostraron desaparición del cuerpo celular, di latación, encojimiento, y reducción de tamaño. (15). - Scharenberg y Brown reportaron en la histopatología de tres casos de catatonia. La necrosis glial estaba pre-- sente, y particularmente describieron degeneración amoe boide de astroglia, oligodendroglia, y microglia. Sus - observaciones los llevaron a la conclusión de que tal - degeneración amoeboide ocurría en severas perturbacio-- nes metabólicas, y enfermedades infecciosas; sustentan- la tesís de que una profunda perturbación metabólica es tá presente en la catatonia. (15).

Gaspersson, describió una disminución de polinucleoti-- dos y proteinas en las células piramidales de la corte- za frontal --estudiando el material de la lobotomía --- posteriormente reportó cambios nucleares. Winckelman - y Böök reportaron en detalle acerca de diez casos de es quizofrenia. En resumen sintetizaron que la apariencia- gruesa del cerebro no era del todo característica; con- cluyeron que cambios mínimos de naturaleza similar se - encontraban en el normal y que la diferencia se encon-- traba en función de la intensidad. (15).

D. <u>AUTORES QUE ENFATIZAN LOS FACTORES QUIMICOS</u>: Baruk - sostiene la tésis de que la catatonia es una reaccion - general del sistema nervioso a daños de naturaleza quí- mica o neurogénica -- el agente tóxico causa reducción- de la circulación cerebral, y esta anemia cerebral a su vez causa dificultades funcionales de iniciativa y voli

15 BELLAK, LEOPOLDO "chizophrenia: a Review of the -- Syndrome" pags. 85/6, Logos Press, New York, 1958.

ción. Apoyó su tésis con evidencia experimental. Lindg jaerde pensó que el trastorno catatónico podría deberse a una inhabilidad del esquizofrénico a utilizar los carbohidratos por una falla de fosforilización de los mismos. Gerard afirma que existe la evidencia de una aberración hereditaria bioquímica como un factor dominante en la causa de la esquizofrenia, y especula en la posibilidad de una falla de balance entre el sistema específico del grupo de nervios más antiguo que actúa en la corteza. (15).

Fiamberti y Raverdino postulan que una cantidad normal de acetilcolina es indispensable para una actividad psíquica normal. Afirman que la esquizofrenia se debe a una deficiencia de acetilcolina, Overholser comenta que el factor etiológico primario del trastorno en la actividad sináptica se pensó ser de naturaleza tóxico-infecciosa. (15). Barbato y Terrana midieron la actividad de la colinesterasa en 59 casos de esquizofrénicos Se encontró cercana a la normal en las reacciones paranoides, ligeramente disminuída en las reacciones simple y hebefrénica y considerablemente disminuída en las reacciones catatónicas. (15).

Con respecto a los factores endócrinos Overholser informa que Hoagland y Pincus adelantaron la hipótesis de que la falta significativa de responsividad adrenocortical al stress en esquizofrénicos podría involucrar estereidogénesis anormales. Lindler declara que los hallazgos clínicos de laboratorio sugieren que la insuficiencia adrenalínica fue un factor importante causal en la esquizofrenia. Hoagland concibe a las psicosis como enfermedades de deficiencias en las que hay una fuerte probabilidad que la deficiencia sea de tipo

15 BELIAK, LEOPOLDO, Schizophrenia: a Review of the Syndrome" pags. 88/89, Logos Press, New York,1958.

encimático y con una base genética. Ashby encontró un - bajo nivel de concentración de encima en los lóbulos -- frontales del cerebro al menos en algunas categorías de esta enfermedad conocida como funcional. (15).

Se han llevado a cabo interesantes estudios sobre la co rriente sanguínea cerebral y el oxígeno, Overholser cita a Ketty quien no encontró una diferencia significativa en los valores obtenidos entre los esquizofrénicos y su grupo control después del ECT o de la terapia insulínica. Doust estudió la oxigenación de la sangre por el- espectrocopio y asimetría fotoelectrica. Notó diferen-- cias altamente significativas entre los normales de control, los esquizofrénicos y los neuróticos. (15).

Lehman y Kral llevaron a cabo estudios de la química sanguínea y reportaron un contenido bajo de hierro en episodios esquizofrénicos agudos y un alto contenido de hie-- rro en el fluído cerebroespinal de los pacientes en el - grupo "deteriorado". Elste notó actividad parcial de -- fluorido, bromina, y iodina en pacientes esquizofrénicos. Leyritz reportó una perturbación del equilibrio acidobase en pacientes mentales. Afirmó que después de la co--- rrección de este desequilibrio con un acidificador, el - síntoma mental desaparecía." (15).

Overholser informa que de acuerdo con Wortis, los estudios que se llevaron a cabo en la Union Soviética sugieren que la esquizofrenia es "un producto combinado de - predisposición hereditaria, personalidad básica, y provocaciones externas." Protopov sugirió que un defecto - congénito en el metabolismo de las proteinas resultaba- en la formación de productos tóxicos predominantemente- de las series aromáticas. Estos productos tóxicos, afectan la oxidación y el resultado es la anoxemia cerebral

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the - Syndrome" pags. 90/91, Logos Press, New York,1958.

Este autor manifiesta que a su vez, estas perturbaciones en actividad de las células nerviosas constitucionalmente débiles de los esquizofrénicos y la actividad nerviosa principia a declinar a lo largo de las líneas hipnoides. Protopov enfatizó que la formación de los productos tóxicos no hubieran sido dañinos en el organismo normal. Sin embargo, afirmó que los esquizofrénicos tienen deficiencias congénitas en los procesos de desintoxicación del hígado, los tejidos conectivos, y los sistemas reticuloendoteliales que los hacen más vulnerables a las toxinas. (15).

E. O T R O S E S T U D I O S. Overholser comenta que el interés en esta area del cerebro se ha incrementado y presenta los puntos de vista de Gellhorn, Walther, Major y Lindsey: Gellhorn manifiesta que la esquizofrenia está caracterizada fisiológicamente por una reacción deficiente de la división simpática del sistema nervioso autónomo al nivel del hipotálamo, posiblemente iniciado por una sobreactividad y favorecido por factores constitucionales. Este autor señala que "Los cambios mentales en lo que se refiere a esquizofrenia están relacionados principalmente a la descarga cortical hipotalámica defectuosa." (15).

Citando la bien conocida labilidad autónoma en la esquizofrenia Walther atribuye la perturbación a una incordinación entre el cerebro y la base del cerebro, añadiendo que la severidad y tipo de la perturbación dependería de la combinación particular delos elementos psíquicos y somáticos, en el paciente. (15) Refiriéndose a la disociación reportada en los historiales, Nielsen sugirió que esto fue causado por una condición patológica en el diencéfalo. Sugirió que puesto que las infecciones, tumores,

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the -- Syndrome", pags. 89; 93. Logos Press, New York, 1958.

y otras lesiones del diencéfalo no producen un cuadro - similar a la esquizofrenia, la perturbación debe tener- por base una desorganización innata de patrones neurona les. (15).

Major expresó la opinión de que la esquizofrenia es un- síndrome diencefálico, aunque este autor siente que la- bioquímica de la neurona individual (en el diencéfalo)- guarda el secreto del problema. Para apoyar su hipóte-- sis dió ejemplos de imbalance autónomo y sensorial.(15). Lindsey cree que la esquizofrenia es una enfermedad hi- potalámica, y que los controles hipotalámicos en los es quizofrénicos son más lábiles que en los sujetos norma- les. (15).

Para Mettler el cuerpo estriado, el núcleo caudado y el putamen están implicados en el proceso esquizofrénico. diciendo que "la primera anormalidad psicológica que en fatiza el proceso esquizofrénico es una percepción de-- sordenada y que el sustrato de taldesorden es una difi- cultad perceptual causada por una disfunción del estria do." (15). Tomando en cuenta que el estriado más que la corteza es el responsable de la conciencia y la aten--- ción, concluye que un desórden temprano, posiblemente - intrauterino del estriado, si está presente podría re-- sultar en persistentes malas percepciones que podrían - resultar en pérdida de curiosidad y de relación." "Se - postuló que estas malas percepciones podrían cristali-- zar la forma de vida del esquizofrénico." Mettler sugi- rió que la disfunción inicial podría deberse a un defi- ciente abastecimiento vascular o a bases constitucional- les tóxicas. (15).

Con respecto a las drogas alucinógenas: Overholser co-- menta que las drogas alucinógenas incluyendo el LSD, a- drenocroma, mescalina y bufotenina son reconocidas como

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the - Syndrome: pags. 94; 91, Logos Press, New York,1958.

drogas que producen síntomas vívidos tales como alucinaciones, sentimientos de irrealidad, reacciones paranoides y laxitud de asociaciones sin que también produzcan desorientación. (15).

Hoffer y Osmond desarrollaron la hipótesis que, con el fin de que la esquizofrenia se desarrolle debe haber un incremento en la concentración y actividad de acetilcolina principalmente y una diversión anormal de adrenalina en algún índole de quinina. Ellos formularon la hipótesis de que cualquier componente que bloqueara la colinesterasa, a causa del incremento en la producción de adrenalina que es entonces convertida en un índole o que es un índole mismo debe ser un poderoso alucinógeno y un posible agente causal de la esquizofrenia (15).
En conclusión el mecanismo de la formación de síntomas postulados, comenta overholser, es la conocida interferencia de índoles de quinona en el metabolismo del cerebro. (15).

Fabing también sugiere que la esquizofrenia podría ser el resultado de un error metabólico, y manifestó cuatro posibilidades: (1) la formación de triptamina en el cuerpo. (2) el metabolismo de serotonina a bufoterina; (3) la oxidación de la adrenalina a la adrenocroma. (4) metabolismo anormal de porfirín. Este autor también consideró la posibilidad de que un índole o grupo de índoles es responsable de la esquizofrenia, postulando que"los síntomas esquizofrénicos se deben a un cambio del balance colinérgico-adrenérgico hacia el lado adrenérgico, el lado de la baja y parcial supresión de la total neuroactividad más que de su total bloqueo o abolición".

F. <u>TEORIAS DEL MULTIFACTOR</u>. Para Bellak el común denominador de la esquizofrenia es una perturbación severa del ego. Su hipótesis del multifactor enfatiza, comenta Overholser, que el síndrome de la esquizofrenia puede ser mi

15 BELLAK, LEOPOLDO, "SShizophrenia: a Review of the Syndrome": pags. 91/92, Logos Press, New York, 1958.

rado no como entidad de enfermedad, sino como un síndrome de una perturbación severa del ego, pudiendo ser el resultado de cualquier número de factores etiológicos somáticos o psicológicos en varias combinaciones: (1) predisposición somática. (2) predisposición socio-psicológica. (3) causas psicológicas precipitantes. (4) causas precipitantes somáticas. (15).

Para Grünthal la esquizofrenia es un desorden reversible de procesos físicos y mentales, probablemente con un fundamento biológico. Gordon enfatiza las causas precipitantes de este trastorno y siente que las causas precipitantes son: el abuso sexual, el trabajo fuerte, y número de otros factores. Binswanger sintetizó la posibilidad de la interpretación de la esquizofrenia como antropológica y neurológica usando la teoría del instinto.como su punto de partida. (15) Shulman en su enfoque biopsicosocial declara que la esquizofrenia consiste en un número de fenómenos definidos en un nivel cultural y comprensible solamente mediante conceptos únicos al nivel de organización interpersonal. Concluyó que la perturbación era el resultado de ansiedad paralizante y desorganizadora que perturbaba la relación interpersonal y pensó que los cambios biológicos eran secundarios a la ansiedad. Rechaza la teoría múltiple de la etiología afirmando "un fenómeno que emerge en un nivel no puede emerger en otro". (15).

G. <u>AUTORES QUE ENFATIZAN EL PAPEL DEL MEDIO AMBIENTE.</u>
Jaco estudió 668 hogares de pacientes hospitalizados para formar un índice de aislamiento social y confirmó que éste es relativamente alto en las comunidades con un alto porcentaje de esquizofrenia. (15).

Frumkin, Schermerhorn, Malzberg, y Rypley y Wolf en sus estudios encuentran un común denominador. "la incidencia de esquizofrenia meramente refleja niveles de frustración" (habitantes de la ciudad negros, y los más pobres-

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the Syndrome", Págs. 92; 718/20, Logos Press, New York, 1958.

y los más frustrados). (15).

Los estudios de Hollingshead y Redlich, Faris y Dunham, Hollingshead, Ellis, y Kirby están de acuerdo en que la clase baja fomenta un aislamiento social por falta de - socialización en la niñez. (15). Moloney explica esta - enfermedad en términos de indiferencia, descuido o aban dono oral y anal, y se le hace comprensible que la nota ble ausencia de psicosis en los japoneses se deba proba blemente al alimento al pecho, amoroso y permisible; -- "Si ambos fines se descuidan, la cabeza, y el fin anal- entonces podría predecirse el desarrollo del marasmo o- más tarde la desintegración esquizofrénica del ego." (15).

Devreux, antropólogo con entrenamiento clínico y analíti co, establece la diferencia entre las psicosis y neuró-- sis étnicas, idiosincráticas y ordinarias:

Psicosis ordinaria: el sujeto tiende a desarrollar una - sintomatología que varía con las espectaciones cultura-- les y las demandas sociales y es deliberadamente provoca tiva; la psiscosis étnica en contraste muestra confor-- mismo cultural, este sujeto genuinamente enfermo tiende- a tomar de la cultura los implementos de su trastorno -- subjetivo en una forma convencional. La psicosis "étnica" tiende a ser un caso clásico. Estamos manejando verdade- ros patrones de comportamiento preordenados, manifiesta- el autor; "Es el conformismo cultural manifestado por ta les psicóticos", nota el autor que con frecuencia es la- causa que minimicemos la seriedad de la perturbación bá- sica. (15).

El autor establece "una genuina esquizofrenia" posible-- mente es exacta a la "psicosis étnica" en la sociedad oc cidental. (15).

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the -- Syndrome" pag. 718/725, Logos Press, New York,1958.

Combinando el punto de vista antropológico, psiquiátrico y psicológico, Benedict y Jacks de su detallada revisión de literatura sobre esquizofrenia y otras psicosis en -- las sociedades primitivas concluyen que:

1) La incidencia de la esquizofrenia (y psicosis)- es en general baja actualmente en las sociedades primitivas; los factores reales causales de la misma es el in-- tenso stress implicado en culturas complejas así como la aculturación; ó puede deberse, comentan estos autores, - a que los psicóticos que viven en medios simplistas son- capaces de efectuar un mejor ajuste superficial y por lo tanto es menos común que sean hospitalizados; reconocen- que también es verdad el que los esquizofrénicos no se - puedan detectar en el mundo mágico-religioso del primitivo. (15).

2) Las características depresivas de la esquizofrenia y otras perturbaciones mentales son relativamente raras en las poblaciones de nativos. Los autores discuten- esto en términos de actitudes culturales en las cuales - toda responsabilidad es transferida a las fuerzas sobre- naturales, excluyéndose la libre voluntad y la responsa- bilidad personal, con el consecuente mínimo reproche y - sentimientos de culpa (Carothers). (15).

3) La esquizofrenia entre los primitivos está pobremente definida en términos de nosología occidental. La mayoría de los casos se reportan como tipos "nucleares"; -- las formas relativamente intactas de la esquizofrenia se- han infrarepresentado. Los estados de aguda confusión y - excitación son sorprendentemente comunes entre los primi- tivos y se mal diagnostican como estados maniácos. Se em- plean varios términos para estos estados: "estados iluso-

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the -- Syndrome", pags. 718/728, Logos Press, New York, 1958.

rios (Tooth); "Breves ataques maníacos" (Seligman.). Bene dict comenta que se ha sugerido que el más absoluto térmi no de "estados episódicos confusionales" debe ser reesta- blecido por la propia descripción de estas perturbaciones. (Devereux). (15).

Los autores señalan la prevalecencia de los estados como: amok, latah, y windigo y sugieren que éstos son en reali-- dad episodios esquizofrénicos agudos (catatónicos y para-- noides) aunque algunos presenten un problema en el diagnós tico diferencial (estudio sobre latah por Yap). Explican a simismo que la elevada incidencia de estos estados de exci tación confusional frecuentemente se acompaña de una condu ta homicida y se ve como un contraste la frecuencia tan ba ja de los estados depresivos suicidas. La interpretación - psicodinámica de estos grupos es que la hostilidad del in- dividuo, infieren estos autores, psicótico tiende a diri-- girse hacia afuera; mientras que en el occidente esta hos- tilidad se dirige hacia adentro (explicación de sintomato- logía y no etiología, explican estos autores). Comentan -- que esto se ve confirmado en el rol que juega la preocupa- ción judeo-cristiana con respecto a la culpa. Eaton, y -- Weil sugieren que las culturas no literatas, o al menos en muchos casos presentan un contraste significativo con la - cultura euro-americana y la relativa falta de formación de mecanismos de conciencia (superego.). (15).

Desprendese de todo lo anterior que el ajuste del esquizo frénico se está haciendo progresivamente más difícil en - la cultura occidental al abandonar ésta el supernaturalis mo del pasado a través de los impulsos casi compulsivos - hacia metas de objetividad y racionalismo. Asimismo los - nativos tienden a hospitalizarse menos frecuentemente que los europeos; hay evidencia de que el porcentaje de hospi talización tiende a aumentarse con el incremento de la de tribalización y aculturación (Carothers)(15).

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the Syn drome: pags. 727/729, Logos Press, New York, 1958.

H I P O T E S I S.

Considerando que dentro de aquellos patrones de comportamiento que son comunes a las varias modalidades de la esquizofrenia existen algunas diferencias que caracterizan los diferentes cuadros, hemos establecido las siguientes hipótesis que consideramos importantes desde el punto de vista del diagnóstico diferencial:

1) En primer lugar juzgamos que una de las variables que guarda relación estrecha con el comportamiento del paciente frente a la prueba es: el cociente intelectual, y en general, el grado de preservación de las funciones intelectuales por lo que a medida que el proceso morboso produzca un mayor bloqueo, obstaculización o inhibición, la asociación se verá impedida en diferente grado en los diferentes cuadros clínicos.

2) En virtud de que la influencia que cada condición patológica produzca sobre el sistema de asociaciones del enfermo variará, tales variaciones podrán ser seguidas a través de un análisis entre la reacción y el estímulo; entre la reacción y la reproducción y entre la reproducción y el estímulo original. Consecuentemente podremos establecer cuales son los patrones característicos de cada cuadro.

3) Las variaciones (características formales) de las perturbaciones asociativas revelarán el tipo de defensa específico de cada cuadro clínico; se juzgará, en la medida en que se acerque o aleje la palabra-reacción de un contexto conceptual-convencional con respecto a la palabra-estímulo, la fuerza o debilidad yoica; asímismo podrá evaluarse el grado de deterioro funcional u orgánico a través del grado de recuperación observada en el retest (estímulo-reproducción).

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA.

Nuestra muestra fue escogida de acuerdo con los siguientes -- criterios: Comprende un Grupo Experimental (Grupo de Esquizofrenia: Paranoide, de Reacción, Simple, Catatónica y Hebefrénica) y un Grupo "Normal" Control.

A. Grupo Experimental: El estudio se realizó con enfermos del Manicomio General "La Castañeda" de la Ciudad de México, donde se eligieron al azar 121 esquizofrénicos (81 H y 40M) en - los pabellones de: Observación Hombres, Observación Mujeres,- Pabellón Central, Trabajadores A, Trabajadores B. La muestra- que sirvió de base al estudio fue escogida de acuerdo con el- siguiente procedimiento: a) El primer paso consistió en separar todos los expedientes de los enfermos con diagnóstico psiquiátrico de las variedades que hemos anotado en el estudio. (Esquizofrenia: Paranoide, de Reacción, Simple, Catatónica y- Hebefrénica). Este procedimiento fue repetido en todos los pabellones. b) Aquellos casos que ofrecían algún problema de -- diagnóstico diferencial fueron descartados quedando por consecuencia solamente aquellos que no ofrecían duda alguna en este sentido. c) Se procuró tomar un número igual de casos para cada clasificación de cada pabellón escogiendo al riguroso - azar los que iban a constituir la muestra. d) Para cada clasificación variaron el número de casos debido al hecho de que - también varía en la realidad el número de casos de cada clasificación, por lo que, por ejemplo, para la Esquizofrenia Hebefrénica y la Catatónica fueron tomados la totalidad de los casos que en la fecha del estudio se encontraban internados. e) Se procedió a determinar las características generales de los sujetos que constituyeron la muestra después de seguir el procedimiento anotado.

Las características generales de los subgrupos quedaron como- se indica a continuación:

Subgrupo de Esquizofrenia Paranoide: La edad promedio de este grupo fue de treinta y tres años; el nivel de escolaridad fluc

tuó desde el e analfabeta hasta el primero de preparato ria; el promedio de evolución fue de tres años, y diez días en un rango que varió desde 6 días hasta 16 años. En el momento - de este estudio este grupo tenía un promedio de internamiento- de 3 meses en un rango que fluctuó de un día hasta 6 años, 8 - meses y 15 días.

El Grupo Paranoide comprendio 26 casos en total de los cuales- 16 fueron hombres y 10 mujeres con las características que se- indican en la tabla anexa. En 7 de los casos se ignoraban da-- tos acerca de su escolaridad. El rango de evolución del cuadro en el grupo femenino fue de 6 días, 11 años; mientras que en el del grupo masculino fluctuó desde 1 mes, 10 días hasta 16 años. Asimismo, el rango de internamiento del cuadro en el grupo feme nino fue de 1 día a 6 años, 8 meses y 15 días; en el grupo mas- culino de 2 días a 9 meses y 3 días.
Los datos generales se anotan en la tabla correspondiente, la e dad promedio de iniciación de la enfermedad en este grupo fue - de 25 años.

Subgrupo de Reacción Esquizofrénica: La edad promedio de este-- grupo fue de 29 años; la escolaridad fluctuó desde el nivel de- analfabeta hasta el 4o. año de primaria. El promedio de evolu-- ción fue de 4 años. En el momento de este estudio este grupo te nía un internamiento de 3 años, 3 meses y 10 días. El Grupo de- Reacción Esquizofrénica comprendió 25 casos en total de los cua les 19 fueron hombres y 6 mujeres. con las características que- se indican en la tabla anexa. En 19 de los casos se ignoraban - los datos acerca de su escolaridad. El rango de evolución del - cuadro en el grupo femenino fue de 1 mes a 2 años; el del grupo masculino de 3 meses a 21 años. El rango de internamiento del - cuadro en el grupo femenino fue de 1 día a 7 meses y 7 días; el del grupo masculino de 3 meses a 21 años. La edad promedio de i niciación de la enfermedad en este grupo fue de 25 años. Los da tos generales aparecen en la tabla correspondiente.

Subgrupo de Esquizofrenia Simple: La edad promedio de este grupo fue de 34 años; la escolaridad fluctuó desde el nivel de analfa-

beta hasta profesional. El promedio de evolución fue de 5 años 1 mes; En el momento de este estudio este grupo tenía un promedio de internamiento de 4 años, 1 mes y 4 días.

El Grupo de Esquizofrenia Simple comprendió 23 casos en total de los cuales 18 fueron hombres y 5 mujeres con las características que se indican en la tabla anexa. En 5 de los casos se ignoraban datos acerca de su escolaridad. El rango de evolución del cuadro en el grupo femenino fue de 3 meses a 2 años; el del grupo masculino fluctuó desde 1 año, 8 meses y 9 días hasta 17 años. El rango de internamiento del cuadro en el grupo femenino fue de 18 días a 2 años; el del grupo masculino de 1 día a 17 años. La edad promedio de la iniciación de la enfermedad en este grupo fue de 29 años. Los datos generales se anotan en la tabla correspondiente.

Subgrupo de Esquizofrenia Catatónica: La edad promedio de este grupo fue de 33 años, la de iniciación de la enfermedad de 22 años; la escolaridad fluctuó desde el nivel de analfabeta hasta profesional. El promedio de evolución fue de 11 años. En el momento de este estudio este grupo tenía un internamiento de 6 años, 2 meses y 8 días.

El Grupo de Esquizofrenia Catatónica comprendió 21 casos en total de los cuales 15 fueron hombres y 6 mujeres, con las características que se indican en la tabla anexa. En 4 de los casos se ignoraban datos acerca de su escolaridad. El rango de evolución del cuadro en el grupo femenino fue de 1 año a 14 años; el del grupo masculino fluctuó de 1 año, 3 meses a 30 años y 1 mes. El rango de internamiento del cuadro en el grupo femenino fue de 18 días a 2 años; el del grupo masculino de 2 meses a 30 años y 11 días. Los datos generales se anotan en la tabla correspondiente.

Subgrupo de Esquizofrenia Hebefrénica: La edad promedio de este grupo fue de 30 años, la de iniciación de la enfermedad de 22 años. La escolaridad fluctuó desde el nivel de analfabeta hasta profesional. El promedio de evolución fue de 8 años, 1

mes. En el momento de este estudio este grupo tenía un promedio de internamiento de 4 años, 3 meses y 5 días.

El Grupo de Esquizofrenia Hebefrénica comprendió 26 casos en total de los cuales 14 fueron hombres y 12 mujeres, con las características que se anotan en la tabla anexa. En 10 de los casos se ignoraban los datos acerca de su escolaridad. El rango de evolución del cuadro en el grupo femenino fue de 1 año, 8 meses a 19 años; el del grupo masculino de 1 año, 2 meses a 30 años. El rango de internamiento del cuadro en el grupo femenino fue de 16 días a 5 años y 3 meses; el del grupo masculino de 1 día a 30 años. Los datos generales de este grupo se presentan en la tabla correspondiente.

B. Grupo Control. En cuanto contamos con las características generales del grupo experimental con respecto a edades, nivel socio-económico, escolaridad, ocupación, etc., nos dedicamos a buscar un grupo de sujetos no psicóticos con tales características. Concluyendo que solamente en las escuelas nocturnas oficiales encontraríamos tales características.

a) El primer paso consistió en solicitar la colaboración de la Secretaría de Educación Pública en nuestra investigación.

b) Una vez encausados a la persona indicada se procedió a revisar todas las listas de las escuelas nocturnas oficiales dentro del Distrito Federal, seleccionando al riguroso azar aquella que iba a constituir nuestra muestra, resultando seleccionada la Escuela Nocturna Oficial "Licenciado Felipe Rivera".

c) Se obtuvo un memorandum para la directora de esta escuela solicitando su colaboración que fue plenamente obtenida.

d) Se obtuvieron las listas de los alumnos del 1o. al 6o. año de primaria seleccionando al riguroso azar a aquellos alumnos que reunían las características requeridas.

e) Aquellos casos que revelaban anormalidad, repetidores, marcada lentitud de aprendizaje, fueron desechados.

f) Se procedió a tomar las características generales de los

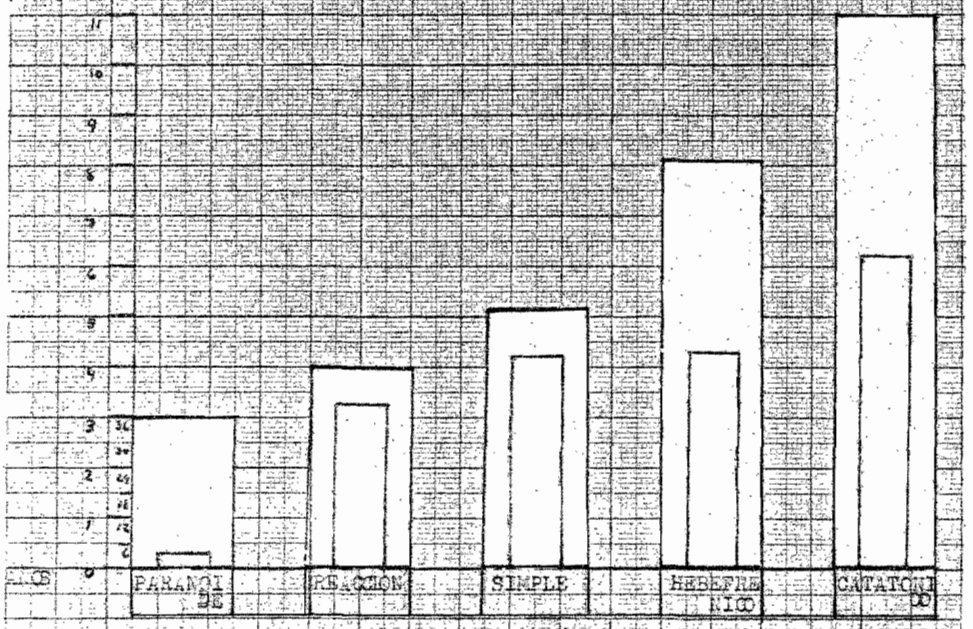
sujetos que constituyeron nuestra muestra.

El Grupo Control quedó con las siguientes características: La edad promedio fue de 25 años; la escolaridad fluctuó del 1o. - al 6o. año de primaria con las siguientes frecuencias: 3 alumnos de primer año, 4 de segundo, 5 de tercero, 4 de cuarto, 6 de quinto, y 4 de sexto año.

TABLA 10

EVOLUCION Y HOSPITALIZACION DE LOS SUBGRUPOS DE LA ESQUIZOFRENIA ESTUDIADOS EN ESTA INVESTIGACION.

(Paranoide, de Reacción, Simple, Hebefrénico, Catatónico.)



CLAVE: Barra Externa, Evolución.
Barra Interna, Hospitalización.

MEDIA ARITMETICA: En el subgrupo Paranoide la evolución fue de: 3 años, 0 meses y 10 días (3 0/12, 10/360.), en tanto que la hospitalización ascendió únicamente a: 0 3/12, 10/360.

Subgrupo de Reacción: Evolución: 4 0/12, 0/360; Hospitalización: 3 3/12, 10/360. Subgrupo E. Simple: Evolución 5 1/12 0/360; hospitalización: 4 1/12 4/360. Subrupo E. Hebefrénica: Evolución: 8 1/12 0/360; Hospitalización: 4 3/12 5/360. Subgrupo E. Catatónica: Evolución: 11 0/12 0/360; Hospitalización: 6 2/12 8/360.

TABLA II

GRUPO CONTROL

Sujeto.	Sexo	Edad.	ESCOLARIDAD Primaria: Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	Sexto	Ocupación
1	F	17					x		Demostradora en chocolatería.
2	M	18					x		Aprendiz de prensista
3	F	19				x			Sirvienta
4	F	19		x					Hogar
5	M	19					x		Gasolinero
6	F	19						x	Hogar
7	F	19					x		Hogar
8	F	20		x					Domestica
9	M	20				x			Pintor de autos
10	M	20		x					Ayudante de taller reparación (de coches
11	M	21	x						Panadero.
12	M	23				x			Ayudante de carpintero
13	M	23					x		Velador de gasolinera.
14	F	24			x				Hogar
15	M	24			x				Pulidor de aparatos ortopédicos.
16	M	26			x				Pintor de taller.
17	M	26				x			Lavador de cristalería en laboratorio
18	M	27						x	Mecánico
19	M	27					x		Mozo
20	F	30						x	Costurera
21	F	30	x						Hogar
22	M	32			x				Obrero textil.
23	M	33						x	Repartidor de chocolates.
24	F	34			x				Auxiliar de enfermera.
25	F	38	x						Costurera
26	M	39		x					Ayudante de mecánico.

TABLA 12

GRUPO PARANOIDE

Sujeto.	Sexo.	Edad.	Escolaridad: Sin Datos	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Profesional	Ocupación	Evolución: Años	Meses	Días	Hospitalización: Años	Meses	Días
1	M	19			6o				Labores domésticas	1	0	0	0	3	2
2	F	22	x						labores domésticas	5	0	0	5	0	0
3	M	22			1o				campesino	7	0	0	0	3	17
4	M	23			2o				plomero	1	0	0	0	7	3
5	F	23		x					labores domésticas	0	0	6	0	0	1
6	F	24			3o				cocinera	1	1	0	0	2	18
7	M	28		x					agricultor	1	0	30	0	1	23
8	M	28				1o			agente vendedor	5	0	0	0	8	10
9	M	28			1o				jardinero	7	0	0	0	7	16
10	M	29	x						ninguna	3	0	0	0	0	16
11	M	29		x					campesino	1	0	0	0	1	16
12	F	30			5o				labores domésticas	3	0	0	0	2	19
13	F	30	x						sirvienta	1	0	0	0	0	2
14	M	30	x						campesino	0	3	0	0	1	4
15	F	30			6o				telegrafista	11	0	0	6	8	15
16	M	30	x						ninguna	2	0	0	0	1	22
17	M	33			6o				sastre	3	0	0	0	1	17
18	M	34			5o				ninguna	2	0	0	0	3	8
19	M	35			5o				mozo	16	0	0	0	9	3
20	F	42			3o				labores domésticas	8	0	0	0	1	4
21	F	42		x					labores domésticas	8	0	0	0	4	27
22	F	45	x						sirvienta	6	0	0	0	7	5
23	F	48			5o				costurera	1	0	0	00	6	8
24	M	48	x						ninguna	1	0	1	0	6	3
25	M	48			6o				carpintero	0	9	3	0	6	1
26	M	50			6o				poeta	0	0	40	0	0	2

El promedio de evolución de este subgrupo fue de tres años diez días; el de hospitalización de tres meses. La edad promedio de treinta y tres años; la escolaridad fluctuó desde analfabeta hasta el primero de preparatoria. La edad promedio en cuanto a iniciación del trastorno fue de 25 años.

TABLA 13

GRUPO DE REACCION ESQUIZOFRENICA

Sujeto.	Sexo	Edad	Escolaridad. Sin Datos.	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Profesional	Ocupación	Evolución Años	Evolución Meses	Evolución Días	Hospitalización Años	Hospitalización Meses	Hospitalización Días
1	M	14	x						ninguna	1	0	0	0	6	0
2	F	16	x						labores domésticas	0	3	10	0	2	16
3	F	16	x						labores domésticas	0	3	0	0	0	15
4	M	17	x						marinero	1	0	0	0	6	0
5	F	20	x						labores domésticas	2	1	0	0	7	7
6	M	20	x						ninguna	2	0	0	0	6	0
7	F	22	x						labores domésticas	0	1	0	0	0	1
8	M	23	x						ninguna	0	3	0	0	0	6
9	F	23	x						labores domésticas	0	1	0	0	0	15
10	M	23			4o				comerciante	4	0	0	1	0	0
11	M	24			1o				campesino	1	0	0	1	0	000
12	M	25	x						agricultor	1	0	0	0	0	23
13	M	26		x					péon de albañil	1	0	0	0	8	0
14	M	26	x						campesino	0	6	0	0	1	0
15	F	30			2o				labores domésticas	0	6	0	0	3	0
16	M	30	x						campesino	6	0	0	2	9	7
17	M	31	x						campesino	18	0	0	2	3	7
18	M	34	x						campesino	21	0	0	20	3	6
19	M	39		x					pintor	10	0	0	8	6	2
20	M	42	x						ninguna	6	0	0	0	9	0
21	M	43		x					ninguna	7	0	0	7	6	2
22	M	44	x						estudiante	14	0	0	14	0	0
23	M	46	x						empleado	15	0	0	15	0	0
24	M	46	x						ninguna	1	0	0	0	6	0
25	M	51	x						comerciante	5	0	0	5	0	0

El promedio de evolución de este subgrupo fue de cuatro años; el de hospitalización de tres años, tres meses y diez días; la edad promedio de veintinueve años. La escolaridad fluctuó desde el primero al cuarto año de primaria. Este dato en este grupo es muy poco confiable por la falta de datos en los expedientes revisados. La edad promedio en cuanto a iniciación del trastorno fue de 25 años.

TABLA No. 14

GRUPO E. SIMPLE

Sujeto	Sexo	Edad	Escolaridad: Analfabeta Sin Datos	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Profesional	Ocupación	Evolución: Años	Meses	Días	Hospitalización: Años.	Meses	Días
1	F	20		6o				labores domésticas	0	5	0	0	1	5
2	M	23		3o				campesino	5	0	0	1	5	0
3	M	24		3o				campesino	2	0	0	0	0	1
4	M	24		2o				peluquero	9	0	0	9	0	0
5	F	26		1o				labores domésticas	0	3	0	0	0	20
6	M	36		4o				peluquero	17	0	0	17	0	0
7	F	29	x					labores domésticas	0	0	0	0	0	18
8	M	29	x					ninguna	3	0	0	0	0	20
9	M	32		2o				agricultor	1	0	0	1	0	0
10	F	32		1o				labores domésticas	2	0	0	2	0	0
11	M	32	x					ninguna	1	8	9	1	0	0
12	M	32					x	contador privado	5	0	0	3	1	0
13	M	35		3o				campesino	10	6	0	10	0	0
14	F	35	x					labores domésticas	0	0	0	0	1	6
15	M	36	x					se ignora	13	0	0	11	6	5
16	M	37		2o				campesino	14	6	0	14	0	0
17	M	38		3o				obrero	3	0	0	1	3	5
18	M	38		1o				campesino	7	0	0	5	5	15
19	M	41	x					ninguna	17	0	0	17	0	0
20	M	43		1o				agricultor	7	0	0	1	2	3
21	M	45		1o				campesino	0	0	0	0	1	6
22	M	49	x					artista de cine	2	0	0	2	0	0
23	M	51		3o				campesino	3	0	0	0	2	10

El promedio de evolución de este subgrupo fue de cinco años un mes; el de hospitalización de cuatro años, un mes y cuatro días; la escolaridad fluctuó desde analfabeta hasta el 6o año de primaria. La edad promedio fue de treinta y cuatro años. La edad promedio en cuanto a iniciación del trastorno fue de 29 años.

TABLA 15

GRUPO C A T A T O N I C O.

Sujeto	Sexo	Edad	Escolaridad: Sin Datos	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Profesional	Ocupación	Evolución: Años	Meses	Días	Hospitalización: Años	Meses	Días
1	F	16						4o	Contador Privado	1	0	0	0	1	0
2	M	17			4o				campesino	2	0	0	0	2	2
3	F	22	x						se ignora	0	0	0	0	1	21
4	F	23			6o				estudiante	12	0	0	1	0	18
5	M	23			1o				campesino	1	3	0	0	3	14
6	M	23			2o				agricultor	2	0	0	3	9	27
7	M	25			3o				campesino	4	0	0	0	0	8
8	M	28		x					campesino	10	0	0	0	6	2
9	M	29			6o				empleado	4	0	0	0	3	30
10	F	30		x					labores domésticas	5	0	0	0	11	2
11	F	30			1o				labores domésticas	14	0	0	0	0	5
12	M	35			3o				zapatero	2	0	0	0	0	2
13	M	35		x					campesino	12	0	0	0	0	12
14	M	40			3o				mozo	24	0	0	19	5	10
15	M	41	x						ninguna	21	0	0	2	6	0
16	M	42			5o				ninguna	17	0	0	16	7	0
17	F	42			3o				sirvienta	14	0	0	14	1	5
18	M	43			6o				ayudante de chofer	28	0	0	5	1	1
19	M	46		x					mecánico	22	6	0	22	1	4
20	M	55	x						ninguna	13	6	0	13	0	0
21	M	61	x						cartero	30	1	0	30	0	11

El promedio de evolución en este subgrupo fue de once años; el de hospitalización de seis años, dos meses y ocho días; la escolaridad fluctuó desde analfabeta hasta profesional; la edad promedio fue de treinta y tres años. La edad promedio en cuanto a inicación del trastorno fue de 22 años.

TABLA 16

GRUPO HEBEFRENICO

Sujeto	Sexo	Edad	Escolaridad: Sin Datos.	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Profesional	Ocupación	Evolución: Años	Meses	Días	Hospitalización: Años	Meses	Días
1	M	16			1o				ninguna	3	1	0	1	0	[illegible]
2	F	16			1o				labores domésticas	8	0	0	3	6	0
3	F	20	x						labores domésticas	7	0	0	5	3	0
4	F	20			3o				labores domésticas	6	0	0	1	3	0
5	M	20			3o				bracero	4	0	0	3	3	0
6	F	21	x						labores domésticas	19	6	0	4	6	2
7	M	22			3o				agricultor	5	0	0	1	3	0
8	M	22			6o				ninguna	1	2	0	0	0	1
9	F	23	x						sirvienta	5	6	0	1	4	0
10	M	23			3o				campesino	4	2	6	3	1	6
11	F	24			3o				labores domésticas	6	0	0	1	7	0
12	F	24	x						labores domésticas	1	8	0	0	9	12
13	F	25		x					sirvienta	2	3	0	1	4	23
14	M	28	x						campesino	16	0	0	9	0	12
15	M	29			6o				ninguna	22	0	0	12	5	9
16	M	29			2o				albañil	3	4	6	2	9	5
17	M	29	x						campesino	5	0	0	4	6	12
18	M	31			6o				talabartero	9	0	0	2	0	3
19	F	34			3o				labores domésticas	4	0	0	3	0	2
20	F	35						x	trabajadora social	4	0	0	0	0	16
21	M	36	x						campesino	8	0	0	6	6	6
22	F	42	x						labores domésticas	3	6	0	2	5	19
23	F	43			3o				labores domésticas	5	0	0	0	1	9
24	F	47	x						empleada	12	0	0	1	5	7
25	M	53			1o				cargador	16	6	1	16	1	3
26	M	67	x						agricultor	30	0	0	30	0	0

El promedio de evolución de este subgrupo fue de ocho años, un mes; el de hospitalización de cuatro años, tres meses, cinco días; la edad promedio fue de treinta años. La escolaridad fluctuó desde analfabeta hasta nivel profesional. La edad promedio en cuanto a iniciación del trastorno fue de 22 años.

A. MATERIAL Y PROCEDIMIENTO USADO.

Se utilizó en esta investigación la lista de palabras-estímulo confeccionada por el doctor W. D. Orbison que consta de 60 palabras: 40 de ellas inocuas y 20 que funcionan como estímulos-traumáticos divididas en areas: familiares, hogareñas, orales, anales, agresivas y sexuales. Esta lista está compuesta preferentemente por sustantivos y provee al examinador de un cuadro de referencia: "La reacción asociativa a los sustantivos". Tanto la lista como las areas de conflicto potencial se describen en las tablas correspondientes.

Para Rapaport el objetivo de esta prueba consiste en detectar las áreas de ideación cargadas afectivamente a través del contenido de las palabras de estímulo y de reacción en las cuales se producen perturbaciones de asociación. Las "características formales" de las reacciones asociativas que se obtienen también en esta prueba encierran significación diagnóstica.

Rapaport describe el fundamento psicológico de este test analizando en la reacción asociativa: el contenido y las "características formales", la memoria, la formación de conceptos y la anticipación. Este autor no se ocupa de las palabras de reacción que revelan directamente la existencia de conflictos, más bien se circunscribe a las "características formales" de las reacciones asociativas y de las perturbaciones de la asociación. Admite, sin embargo, que éstas no reemplazan sino que complementan más bien la búsqueda de los datos relativos al contenido.

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

13 RAPAPORT, DAVID, "Tests de Diagnóstico Psicológico", pags. 155/158, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1959.

b) La "memoria" en la reacción asociativa. Rapaport analiza la memoria en base a una teoría dinámica que reconoce todo un órden jerárquico de los "factores dinámicos" organizadores en el funcionamiento mnémico, que va desde aquellos subconscientes e instintivos como los impulsos y deseos, pasando por las emociones, hasta aquellos otros más o menos conscientes, como los intereses y actitudes. Por lo tanto las ideas son apercibidas por el sujeto en función de sus afectos y afanes y según sean éstos se preservan o distorsionan. Para este autor la reacción asociativa tiene un aspecto mnémico puesto que la palabra-reacción ha ocupado un lugar en la conciencia, asímismo el factor dinámico que lo hace consciente es la actitud de conformarse a las instrucciones impartidas para la prueba. "Cuanto más cerca estén los factores dinámicos en juego de la base de su órden jerárquico, más idiosincrásicas serán las ideas que éstos lleven a la conciencia; y cuanto más lejos se hallen -y las actitudes están bien lejos por cierto- más y más se conformarán las ideas a la lógica y a las convenciones sociales, mostrando un mayor acuerdo interindividual."

Sintetizando, Rapaport valora la fuerza y debilidad yoica, el ajuste o desajuste del individuo al medio, el tipo de defensas contra la intrusión de las ideas subconsdientes en la conciencia a través de la actitud que el sujeto presenta al conformarse a las instrucciones impartidas para la prueba porque según este autor lo que se descubre por medio del Test de Asociación son más las huellas de interferencia afectiva, emocional, etc., que su representación directa en las palabras de reacción. Concluye este autor que generalmente pueden deducirse las áreas de ideación (recuerdos) con carga afectiva a partir de la palabra-estímulo en que se produjo la perturbación asociativa y, sólo raramente, a partir del contenido de la palabra-reacción. Por lo tanto según este autor la fuerza yoica se revela en la capacidad

13 RAPAPORT, DAVID, "Tests de Diagnóstico Psicológico", pags. 158/160, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1959.

que tiene el sujeto para conformar sus ideas a la lógica y a las convenciones sociales.

c) La formación de conceptos en la reacción asociativa. Rapaport explica que el aspecto de los procesos mentales correspondiente a la formación de conceptos desempeña un papel decisivo en la determinación de la reacción asociativa. La reacción conceptual-convencional, que las instrucciones del test facilitan, está representada por las populares (sinónimas, antónimas, subordinadas, coordinadas, supraordinadas y predicativas de la palabra-estímulo) sin embargo suelen surgir perturbaciones (próximas y distantes) que contienen las ideas que sólo deberían constituir las fases preparatorias. Estas son por lo general preconscientes. Aclara Rapaport que también pueden ser conscientes ya que ha aprendido de la introspección y/o de los sujetos obsesivos que, aun en el curso del proceso asociativo conducente a una reacción popular, se producen definiciones, imitaciones fonéticas, y otras asociaciones desviadas, que son rechazadas o dejadas a un lado por el sujeto.

d) La anticipación en la reacción asociativa. Rapaport llama anticipación a aquel proceso mental con una vaga orientación o dirección. Para explicar el proceso mental que desarrolla el sujeto para dar su palabra-reacción, Rapaport principia desde el efecto que sobre el sujeto actuan las instrucciones del test. Estas establecen la anticipación y la palabra-estímulo la fase de descomposición o análisis, durante esta actividad los recuerdos que habían estado previamente en la conciencia en forma de ideas o afectos son descargados automáticamente por la palabra-estímulo. En la mayoría de los casos el análisis es inconsciente aunque puede hacerse consciente, como en los sujetos obsesivos altamente introspectivos. La fase sintética o de composición es aquella en la cual el sujeto determi-

13 RAPAPORT, DAVID, "Tests de Diagnóstico Psicológico", pgs. 159/161, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1959.

na preconscientemente una respuesta conveniente que siga satisfaciendo todavía la anticipación. Este proceso se lleva a cabo construyendo, elaborando en torno del componente de la idea encontrado en la fase analítica hasta alcanzar la idea de fácil-verbalización (una sola palabra) que siga satisfaciendo toda--vía la anticipación.

Asímismo Rapaport analiza los dos efectos principales de la interferencia: reacciones "próximas" y "distantes". (1) En las - reacciones próximas, dice Rapaport, el proceso asociativo se - detiene en la etapa analítica, con el resultado de que la palabra de reacción apenas difiere de la del estímulo. Esto ha sido provocado por un "cortocircuito (entre dos ideas cualesquiera conscientes y sucesivas) que en la depresión se explica en-parte por la exageración de la compulsiva rigidez formalista y en parte por la pereza y retardo general de todos los procesos intelectuales, afirma este autor. Ahora bien Rapaport aclara - que es necesario que la fase analítica movilice vigorosamente-la posible variedad de connotaciones conceptuales, afectivas o visuales de la idea del estímulo para que el complejo proceso-mental esté preparado para la "fase sintética" (base del pensamiento imaginativo o creador) ya que si solo es movilizado debilmente el proceso entero carecerá de vigor, variedad y dirección. (2) Con respecto a las reacciones distantes Rapaport describe que "En tanto que en las respuestas próximas el proceso-mental parece haberse detenido en su primera fase, esto es, en la analítica (de descomposición), las respuestas distantes podrían concebirse como el desarrollo demorado y exuberante de - la fase sintética (de composición). Esta síntesis demorada permite que las ideas alcanzadas en la etapa analítica sirvan como eslabones intermedios para alcanzar otras ideas; de este modo, cuando se arriba finalmente a la síntesis verbal, el pro--ducto parece no guardar relación alguna con la idea del estímulo, o distar considerablemente de ésta.

13 RAPAPORT, DAVID, "Tests de Diagnóstico Psicológico", pags. 161/164, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1959.

B. PROCEDIMIENTO USADO.

Tanto para el grupo experimental como para el grupo control se utilizó un salón libre de estímulos externos. Se sentó al sujeto frente al examinador teniendo previamente listo y a la vista el material de trabajo. En el grupo control se solicitó su cooperación explicando la importancia que para esta investigación constituía su colaboración. En cuanto a la consigna se utilizó al pie de la letra la usada por Rapaport:

"Voy a leerle una serie de palabras, una por una. Usted tiene que responder a cada palabra mía con una sola palabra. No importa qué palabra sea, pero debe ser la primera que se le ocurra, después que haya escuchado mi palabra. Quisiera que me contestáse lo más rápido posible: le voy a tomar el tiempo. Cuando se aplica este test, la gente tiende a no escuchar algunas palabras del examinador. Por favor, trate de evitar esta tendencia. No voy a repetir las palabras."

La consigna para el Test de Reproducción fue la siguiente:

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

Las palabras de reacción se registraron siempre en la primera parte del test pero en la segunda sólo si se desviaban de la reacción original. Los tiempos de reacción se registraron tanto en la primera parte como en la segunda desviandonos en este aspecto de las instrucciones de Rapaport que las registra solamente cuando exceden de dos segundos en los sujetos rápidos y de tres o cuatro en los lentos.

Se adoptó una actitud reposada al registrar y manejar el cronómetro; los estímulos se presentaron a intervalos regulares. Se tuvo especial interés en evitar las interrupciones, tanteos, comentarios laterales etc. para no distraer la atención del examinado. No se impartieron nuevas instrucciones. Con objeto -

13 RAPAPORT, DAVID, "Tests de Diagnóstico Psicológico", pags. 156/157, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1959.

de no perturbar el espíritu de colaboración del sujeto no se reveló ninguna muestra de aprobación, desaprobación, sorpresa, agrado o impaciencia.

Solamente cuando el sujeto se mostraba sistemáticamente lento o contestaba sistemáticamente con mas de una palabra se le volvía a instruir "Una sóla palabra, por favor"; "más rápido por favor" Se hizo caso omiso del resto de las instrucciones de Rapaport-- tales como: "?qué palabra dije?"; "?qué palabra dijo?"; "No se fije en los objetos de la habitación, espere a que se le ocurra algo" y aún las instrucciones utilizadas fueron hechas sin una insistencia excesiva con el objeto de facilitar el proceso asociativo con una actitud reposada puesto que al registrar las -- perturbaciones de la asociación de acuerdo a sus características formales no era imperativo interrumpir cada vez que estas acontecieran.

En cuanto al test de reproducción si el sujeto daba sistemática mente reproducciones falsas se le recordaba "Recuerde, las -- mismas palabras de antes". Es importante enfatizar aquí que en el caso de sujetos que no seguían las instrucciones del test se les decía, cuando daban por respuesta palabras escogidas de antemano: "Recuerde que tiene que decirme la palabra que primero se le ocurra después de haber escuchado la mía.

13 RAPAPORT, DAVID, "Tests de Diagnóstico Psicológico", pags. 157, Editorial Paidos, Buenos Aires, 1959.

S U M A R I O.

La lista de palabras-estímulo de Orbison está formada generalmente por sustantivos. Consta de 60 palabras: 40 de ellas inocuas y 20 que funcionan como estímulos traumáticos. Su objetivo es detectar las áreas de ideación cargadas afectivamente. Frecuentemente esta información se logra a partir de la palabra-estímulo en que se produjo la perturbación y, sólo raramente, a partir del contenido de la palabra-reacción, es decir, a través de las "características formales".

Lo que se descubre por medio del Test de Asociación de Palabras son más las huellas de interferencia afectiva, emocional, etc.- que su representación directa en las palabras de reacción.

Los dos efectos principales de la interferencia en la reacción asociativa son las reacciones "próximas" y "distantes". Son las dos grandes divisiones de las "características formales." que tienen una función de diagnóstico en esta prueba. En las primeras el proceso asociativo se detiene en la etapa analítica o de descomposición por carecer de vigor, variedad y dirección (niños, depresión, concretismo). En las segundas las ideas alcanzadas en la etapa analítica sirven como eslabones intermedios para alcanzar otras ideas a través de el desarrollo demorado y exuberante de la fase sintética (de descomposición; base del pensamiento imaginativo o creador). Las reacciones distantes se originan, a menudo, cuando el proceso mental sigue un curso desviado hacia sistemas de ideas de relación remota, sin prestar atención a la relación conceptual-convencional.

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

Capítulo IV

RESULTADOS - GRAFICAS

TABLA 17.

PALABRAS DE REACCION POPULARES EN 151 CASOS CLINICOS Y DE CONTROL (RAPAPORT).

MUNDO: tierra (41)° redondo (10) globo (12).
AMOR: odio (70).
PADRE: madre (87) parent (no hay equivalente en castellano) (13) hijo (9).
SOMBRERO: saco (55) gorra (21) cabeza (15).
PECHO: "breast": chest (27) mujeres (12).
CORTINAS: tapices°° ventana (50) sombra°° (25) casa (10).
BAUL: valija (43) ropas°° (14).
BEBIDA: agua (62) comer (eat) (12) alcohol°° (15).
FIESTA: diversión (fun) (33), gente (11).
MOVIMIENTO INTESTINAL: mierda (27) baño°° (22) excremento°°(13).
LIBRO: leer°° (66).
LAMPARA: luz (101).
FELPUDO: piso (71) alfombra (25).
SILLA: sentarse o asiento (sit o -- seat) (62) mesa (27).
NOVIO (boy friend): chica (girl) o- novia (girl friend) (76).
PENE: hombre (22) pinchar°° (21)
OSCURIDAD (dark = oscuro): luz (88) noche (15) negro (11).
DEPRIMIDO: triste (40) feliz (18)
PRIMAVERA (spring): verano u otoño (48) agua (spring = fuente) (19).
VAJILLA: platos (28).
SUICIDIO: muerte (52) matar (kill) o asesinar (murder) (35).
MONTAÑA: sierra°° (46) valle (17) alto?° (22).
CASA: hogar°° (33) granero (barn) (14) morada°° (16).
PAPEL: (o diario = paper): escri-- bir°° (17) lapicera o lápiz (23) noticias (21) leer°°(19).
HOMOSEXUAL: ninguna reacción popular.
RADIADOR: calor (64) auto (27) agua (13).
NOVIA: (girl friend): muchacho o novio (boy o boy friend) (68) prometida (sweetheart) (11).
PERSIANA (screen): ventana°° (55), mosca°° (18) puerta (15).
MASTURBARSE: paja°° (22).
MARCO: cuadro°° (67) ventana (21)

HOMBRE: mujer°° (87) male (macho o - masculino) (12).
ORGASMO: ninguna reacción popular.
CINE: cinta, función o teatro 14f (103)
TAJO: (cut; como verbo significa cortarse): sangre o sangrar (27), herida (17), cuchillo (17) lastimadura (17).
RISA: llanto (41) feliz o divertido°° (29).
MORDISCO: (o morder = bite): dientes (28) mascar (25) lastimar (o lastimadura = hurt) (17).
MUJERES: hombres°° (69) female°° (hembra o femenino) (22) chica°°girl (11).
BAILE: música (27) diversión o placer (18) juego (10) fiesta(10).
PERRO: gato (82) animal°° (22).
DAUGHTER (hija): son°° (hijo) (56) child (hijo o hija, sin distinción de sexo) (16) chica (girl) (19) madre (12).
TAXI: auto o automóvil°° (62) coche (cab) (25) vehículo°° (11).
MADRE: padre (73).
MESA: silla°° (67) comer o comida (eat o food) (22).
BIFE: carne (36) vaca (30) cerdo (14) ganado (14) comer o comida (12) estofado (9).
PEZON: pecho (35) mamadera (40) bebé (15) teta (12).
CARRERA: correr (36) caballo (19)
AGUA: bebida (o beber = drink) (64) líquido (10)
MAMAR (o chupar = suck): bebé (20) pezón (11) aspirar (draw) (10) pecho (8).
CABALLO: vaca (53) animal (31) cabalgar (o cabalgata = ride)°° (10)
FUEGO: agua (40) quemarse (18) calor (17) llama°° (43).
VAGINA: mujer°° (43).
GRANJA: tierra (27) hogar (10) campo (20)
SOCIAL: fiesta°° (29)reunión (9) diversión o placer (10)
HIJO: 14g: hija (36) muchacho (o chico = boy) (12) luna (31) calor o luz°° (15).
IMPUESTOS: pagar°° (17) dinero (42)
TABACO: fumar°° (91) cigarrillo°°(22).
CIUDAD: pueblo (56) campo (15) gente (12).
COPULA: coito°° (27) sexo°° (19) mujeres (9).
HOSPITAL: enfermo (sick o ill)°° (69).
DOCTOR: enfermo (14) enfermera (32)!!

abogado (12).!

°, Los números entre paréntesis indican la cantidad de veces en que se obtuvo la respuesta.
°° incluyen variantes secundarias.

TABLA 18.

PALABRAS DE REACCION POPULARES EN NUESTRA INVESTIGACION ACERCA DEL GRUPO CONTROL.
(H 14 (26) M 12)

MUNDO: tierra (6) cielo (3) vivimos (3).
AMOR: amar (3) querer (3) bueno (2).
PADRE: madre (5) jefe de fam. (3) papá (2).
SOMBRERO: sombrilla (5) el que se usa (5) gorro (3).
PECHO: B (6) MD (6) A (3).
CORTINAS: ventana (4) B (3)
BAUL: ropa (5) B (3).
BEBIDA: tomar (4)
FIESTA: RT/P (5) B (3).
DEFECAR: B (13) CF (3).
LIBRO: libreta (5) estudiar (5)
LAMPARA: foco (5) alumbrar (3).
FELPUDO: B (10) felpa (5)
SILLA: sentarse (6) sillones (6) mesa (3) chiquita (3).
NOVIO: novia (6) B (6) amor (3).
PENE: B (6)
OSCURIDAD: noche (6)# luz (6)# RT (4).
DEPRIMIDO: B (3) Edo. anímico (4).
PRIMAVERA: flor (4) verano (3) bonita (3)
VAJILLA: traste (5) platos (4).
SUICIDIO: muerte (8)# suicida (4)#
MONTAÑA: cerro (9)
CASA: hogar (6) RP (4).
PAPEL: escribir (6) papelería (6)#.
HOMOSEXUAL: B (12) D (6).
RADIADOR: coche (3) radio (5)
NOVIA: novio (6) chica (3) no (3).
PERSIANA: cortina (6) ventana (4) B (3).
MASTURBARSE: B (9) turbarse (7)#
MARCO: puerta (7) cuadro (4).

HOMBRE: mujer (4) RT/P (4) persona (3).
ORGASMO: organismo (4) B (11).
CINE: película (7) teatro (4).
TAJO: B (7) RP (3)
RISA: reir (7) alegría (7).
MORDISCO: morder (9)# B (4).
MUJERES: RP (6) B (5) muchas (3).
BAILE: fiesta (7) RP (7).
PERRO: RP (7).
HIJA: hijo (7)
TAXI: coche (14).
MADRE: mamá (5) padre (3).
MESA: comedor (3) banca (3).
BISTEC: carne (8)# comer (5)
PEZON: B (8) AF (4).
CARRERA: RP (7) caballo (4).
AGUA: tomar (5) río (3).
MAMAR: mamila (3) comer (3) niño (3).
CABALLO: yegua (3) RT (4) B (3).
FUEGO: lumbre (7) jugar (5)
VAGINA: B (10) AF (4).
GRANJA: gallinas (9)# RP (5).
SOCIAL: sociedad# (13)
HIJO: hija (5) hijos (4).
IMPUESTOS: pagar (3).
TABACO: cigarro (7) fumar (4)
CIUDAD: México (8).
COPULA: B (4) RP (4).
HOSPITAL: enfermo (7)# sanatorio (6).
DOCTOR: curar (5) doctora (3)

OBSERVACIONES: Los números entre paréntesis indican la cantidad de veces en que se obtuvo la respuesta en n/grupo control.

Estas reacciones incluyen variaciones secundarias (sinónimos y derivados).

NOTA: En aquellos reactivos donde no hubo repetición de palabras en los diversos casos estudiados fueron sustituidos por las variables. Este dato es importante desde el punto de vista clínico.

TABLA 19

PROMEDIO DEL TIEMPO DE REACCION DE CADA REACTIVO POR GRUPO.

	GC: T/R	D.E.	EP.	RE.	ES.	EC.	EH.
1. Mundo	11"	31	8"	14"	18"	12"	15"
2. Amor	4	3	5	10	13	20	7
3. Padre	3	3	4	14	13	10	7
4. Sombrero	4	3	6	9	4	3	7
5. Pecho	5	6	4	7	6	3	8
6. Cortinas	3	2	3	8	11	15	5
7. Baul	3	2	3	4	7	7	5
8. Bebida	2	2	2	4	5	9	3
9. Fiesta	2	1	3	7	4	8	3
10. Defecar	4	2	6	5	6	9	6
11. Libro	2	2	3	6	4	9	3
12. Lámpara	2	2	3	4	4	5	3
13. Felpudo	4	3	5	6	10	8	3
14. Silla	2	0	2	6	6	2	3
15. Novio	3	2	4	5	3	7	3
16. Pene	3	2	4	7	4	6	3
17. Obscuridad	2	1	3	5	5	2	4
18. Deprimido	3	2	5	4	4	5	4
19. Primavera	3	2	4	5	5	5	3
20. Vajilla	3	2	5	4	4	3	4
21. Suicidio	2	2	4	5	9	5	4
22. Montaña	3	2	4	6	4	3	2
23. Casa	2	0	4	5	4	9	2
24. Papel	3	2	3	6	4	7	3
25. Homosexual	5	3	10	12	8	12	4
26. Radiador	3	2	3	5	6	8	3
27. Novia	3	3	2	5	5	9	2
28. Persiana	3	2	4	5	8	5	3
29. Masturbarse	3	3	6	5	5	9	2
30. Marco	2	2	4	9	8	3	2
31. Hombre	2	2	4	3	4	7	3
32. Orgasmo	3	2	3	3	5	5	3
33. Cine	2	0	3	3	3	7	1
34. Tajo	4	3	4	4	5	4	3
35. Risa	2	2	3	3	4	7	2
36. Mordisco	5	5	3	4	6	5	3
37. Mujeres	3	3	3	6	4	15	3
38. Baile	2	3	3	4	4	4	2
39. Perro	3	2	4	4	5	4	2
40. Hija	3	2	2	5	4	15	2
41. Taxi	2	0	3	4	4	9	2
42. Madre	3	1	3	3	3	6	1
43. Mesa	2	1	3	4	3	2	4
44. Bistec	2	1	4	3	4	5	2
45. Pezón	2	2	3	4	4	3	4
46. Carrera	2	0	2	3	3	4	2
47. Agua	2	1	4	3	3	2	4
48. Mamar	3	2	3	4	4	9	4
49. Caballo	2	2	3	1	3	2	3
50. Fuego	2	1	5	5	3	4	2
51. Vagina	4	3	4	6	5	3	2
52. Granja	2	1	2	5	4	1	2
53. Social	2	1	3	4	3	4	2
54. Hijo	2	2	3	4	3	3	5
55. Impuestos	3	2	4	3	4	2	2
56. Tabaco.	3	3	2	5	5	2	5
57. Ciudad	3	1	3	4	4	3	2
58. Copula	3	2	7	4	3	2	5
59. Hospital	2	2	3	4	4	2	4
60. Doctor	3	1	2	4	3	4	2
Promedio de Prom.	3	1	4	5	5	12	3

B L A 20

T A N D A R D, Y E R O R P R O B A B L E D E S I G M A

ASOCIATIVA. GRUPOS MIXTOS.

ción E. 5) M 6	E. Paranoide. (H 15(26) M 11)			Grupo Control. (H 14(26) M 12)		
EPs	$\bar{X}$	D.E.	EPs	$\bar{X}$	D.E.	EPs
0.69	4.46	11.35	7.56	6.92	7.90	0.72
0.00	0.00	0.00	0.00	0.77	1.79	0.16
1.42	13.50	18.22	1.68	8.96	10.58	7.04
0.35	3.96	4.97	0.46	7.11	8.71	0.80
1.11	2.54	2.35	0.02	4.77	8.85	0.81
0.39	0.00	0.00	0.00	1.81	5.30	0.48
0.44	49.92	46.06	4.25	5.46	11.70	1.08
0.35	1.61	1.77	0.16	2.35	3.06	0.28
0.35	4.00	4.70	0.43	3.08	5.82	0.54
0.48	1.85	5.65	0.52	4.46	12.40	1.14
0.59	8.38	10.40	0.96	3.61	7.30	0.67
0.13	5.35	4.71	0.43	1.85	3.07	0.28
0.08	11.04	10.47	6.98	0.77	1.79	0.16
2.06	5.61	8.25	0.76	4.46	11.24	1.03
0.15	0.65	5.94	0.55	0.81	4.70	0.43
0.07	0.96	9.43	0.87	0.23	1.20	0.01
0.23	0.96	4.81	0.44	0.00	0.00	0.00
0.18	1.38	4.79	0.43	0.11	0.51	0.05
0.03	0.38	0.73	0.06	0.19	0.25	0.02

Reacciones Medianamente Distantes. MD.
Reacciones Múltiples. RM.
Reacciones Afectivas. AF.
Reacciones Alternadas. RA.
Reacciones Vulgares. RV.
Neologismos. N .
Audición Equivocada. AE.

T A

MEDIA ARITMETICA, DESVIACION E S

DE CADA TIPO DE PERTURBACION

	E. Hebefrénica. (H 14(26) M 12)			E. Catatónica. (H 15 (21) M 6)			E. Simple. (H18 (23) M 5)			Reac- (H 19(2	
	$\bar{X}$	D.E	EPs	$\bar{X}$	D.E	EPs	$\bar{X}$	D.E.	EPs	$\bar{X}$	D.E.
B	20.34	24.13	2.23	32.24	26.39	2.71	9.39	14.87	1.45	19.72	7.31
MO	0.61	7.19	0.66	1.00	1.06	0.10	1.00	1.07	0.13	00.00	0.00
RT/P	16.39	21.79	2.01	15.76	23.68	2.43	14.48	20,37	1.99	11.28	15.13
Def.	2.80	5.26	0.48	3.24	5.00	0.51	5.00	6.44	0.63	1.96	3.76
RPr.	5.38	13.82	1.29	2.05	6.19	0.63	1.00	1.60	0.15	5.48	11.69
RSM	0.92	1.78	0.16	1.57	3.48	0.36	2.39	7.69	0.75	1.25	4.16
P	6.88	7.68	0.71	1.71	31.72	3.26	0.70	1.63	0.15	1.76	4.76
AF	1.80	3.41	0.31	0.47	1.40	0.14	1.60	2.05	0.20	2.56	3.79
CF	2.00	3.80	0.35	1.33	3.19	0.32	4.74	7.46	0.73	2.56	3.79
A	1.85	7.68	0.71	0.09	4.26	0.44	0.00	0.00	0.00	0.96	5.16
I	8.85	13.57	1.25	1.76	3.70	0.38	9.87	7.78	0.76	4.48	6.29
D	2.04	9.06	0.84	1.19	4.89	0.53	3.52	8.04	0.79	1.00	1.41
MD	3.27	5.00	0.46	1.00	1.06	0.10	8.00	10.41	1.02	5.56	8.58
RM	7.96	13.06	1.20	6.76	4.02	0.4.	11.00	13.95	1.32	6.96	21.88
Af	0.30	1.36	0.12	0.00	0.00	0.00	0.49	4.37	0.42	0.96	1.59
RA	0.08	0.08	0.05	0.00	0.00	0.00	0.13	1.51	0.15	0.04	0.77
RV	0.08	0.65	0.15	0.00	0.00	0.00	10.13	0.71	0.06	0.44	2.46
N	1.00	2.50	0.16	0.00	0.00	0.00	0.87	2.01	0.20	1.12	1.94
AE	0.12	3.12	0.29	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.20	0.40

Bloque.	B.	Perseveración	P.
Mención de Objetos.	MO.	Asociación Fonomimética	aF.
Repetición Total y Parcial	RT/P.	Completamiento de Frases	CF.
Definición e Intento de Definición	Def.	Atributo	A.
Reacción Próxima.	RPr.	Reacciones Inconexas.	I.
Referencia a Sí Mismo.	RSM.	Reacciones Distantes.	D.

B L a 22

PERTURBACION ASOCIATIVA, ANALIZANDO SU RELACION ENTRE LA PALABRA ESTIMULO Y LA RESPUESTA.

Reacción E.			E. Paranoide.			Grupo Control		
(H 19(25) M 6)			(H 15(26) M 11)			(H 14(26) M 12)		
$\bar{X}$	D.E	EPs	$\bar{X}$	D.E	Eps	$\bar{X}$	D.E	Eps
8.06	26.09	2.46	3.77	4.79	0.44	11.80	5.57	0.79
0.00	00.00	0.00	0.00	0.00	0.00	00.00	0.00	0.00
9.20	19.80	1.86	1.12	3.22	0.29	00.00	0.00	0.00
1.56	5.03	0.47	1.38	2.25	0.20	2.77	5.71	0.81
0.80	1.40	0.13	1.54	2.57	0.25	0.80	1.09	0.12
3.60	7.88	0.74	3.80	12.53	1.16	0.77	1.64	0.15
0.28	1.40	0.13	0.12	0.01	0.00	0.80	3.18	0.29
6.56	0.93	0.13	4.15	11.99	0.97	3.58	4.08	0.58
0.76	1.96	0.11	1.04	2.44	0.22	0.65	2.18	0.19
1.04	2.21	0.20	1.73	2.40	0.22	1.85	3.66	0.33
1.40	4.39	0.41	0.00	0.00	0.00	1.46	2.62	0.21
3.76	3.16	0.44	2.69	4.58	0.42	0.77	2.28	0.21
2.32	3.52	0.33	1.15	2.03	0.28	0.73	1.95	0.12
3.20	4.66	0.43	4.90	5.09	0.47	5.19	5.05	0.46
0.24	0.99	0.09	0.00	0.00	0.00	1.08	1.37	0.12
0.12	0.43	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.92	2.85	0.19	0.00	0.00	0.00	0.54	1.29	0.11
0.20	0.61	0.06	0.38	7.87	0.72	0.00	0.00	0.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.00	0.00	0.00	0.15	0.45	0.04	0.00	0.00	0.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.00	0.00	0.00	0.35	1.56	0.71	0.00	0.00	0.00

Bloqueo	B	Perseveración	P	Reacciones Medianamente Distantes	M
Atención de Objetos	MO	Asoc. Fonomimética	AF	Reacciones Múltiples	m
Repetición Total, Parcial	RT/RP	Completamiento de frases	CF	Reacciones Afectivas	af
Definición e intento de:	Def	Atributos	A	Reacciones alternadas	Al
Reacción Próxima	RPr	Reacciones Inconexas	I	Reacciones Vulgares	Av
Referencia a Sí Mismo	RSM	Reacciones Distantes	D	Neologismos	
Reversión del sexo implicado			RSI	Abandono de una Respuesta Múltiple	Am
Reversión del Edo. anímico			REA	Audición Equivocada	Ae

T A

MEDIA ARITMETICA, DESVIACION STANDARD Y ERROR PROBABLE DE SIGMA DE LA INCIDENCIA DE CADA TIPO DE PERTURBACION ASOCIATIVA, ANALIZANDO SU RELACION ENTRE LA PALABRA REACCION Y LA REPRODUCCION.

Pertur bación.	E. Hebefrénica. (H 14 (26) M 12)			E. Catatónica. (H 15 (21) M 6)			E. Simple. (H 18 (23) M 5)		
	X̄	D.E	EPs	X̄	D.E	EPs	X̄	D.E	EPs
B	22.00	27.43	2.49	40.42	25.88	2.66	15.69	21.89	2.15
MO	00.00	00.00	0.00	00.00	00.00	0.00	00.00	00.00	0.00
RT	0.07	0.03	0.00	9.19	21.35	2.19	00.00	00.00	0.00
RP	0.78	1.19	0.01	0.62	2.05	0.20	0.56	0.91	0.00
Def.	0.11	0.05	0.00	0.10	0.92	0.09	0.39	0.91	0.00
RPr.	3.30	11.70	1.00	0.00	0.00	0.00	0.08	0.82	0.00
RSM	1.30	3.77	0.34	0.52	2.34	0.24	0.86	3.46	0.32
P	8.40	17.29	1.57	2.86	11.47	1.09	1.09	1.77	0.01
AF	1.15	2.26	0.20	0.00	0.00	0.00	0.57	1.27	0.01
CF	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.09	0.00	0.00
A	0.59	1.24	0.12	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
I	7.07	14.10	1.30	0.90	2.26	0.23	7.43	7.17	0.70
D	5.89	5.19	0.47	2.00	3.87	0.39	2.61	2.98	0.29
MD	2.40	4.60	0.42	1.95	2.36	0.24	3.47	3.60	0.35
RM	4.74	13.39	1.21	3.43	8.39	0.86	5.30	10.48	1.02
Af	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
RA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
REA	2.60	5.60	0.50	0.48	1.85	0.00	0.11	0.44	0.04
R	0.26	1.02	0.01	0.00	0.00	0.00	0.34	0.91	0.09
RV	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
RSI	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
AE	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
ARM	0.59	1.44	0.00	0.00	0.00	0.00	0.30	1.54	0.08

Bloqueo	B	Perseveración	P	Reacciones Med. Distantes	MD
Mención de Objetos.	MO	Asoc. Fonomimética	AF	Reacciones Múltiples	RM
Repetición Total y P	RT/RP	Completamiento Frases	CF	Reacciones Afectivas	Af
Definición e Intento	Def.	Atributo	A	Reacciones Alternadas.	RA
Reacción Próxima.	RPr.	Reacciones Inconexas	I	Reacciones Vulgares.	RV
Referencia a sí mismo	RSM	Reacciones Distantes	D	Nelogísmos	N
Reversión Edo. Anímico	REA	Audición equivocada	AE	Abandono de Respuesta Múltiple	ARM
Reversión del sexo implicado			RSI		

LA 21

PERTURBACION ASOCIATIVA, ANALIZANDO SU RELACION ENTRE LA PALABRA REACCION Y LA REPRODUCCION.

Reacción E. (H 19(25) M 6)			E. Paranoide. (H 15(26) M 11)			Grupo Control (H 14(26) M 12)		
$\bar{X}$	D.E	EPs	$\bar{X}$	D.E	EPs	$\bar{X}$	D.E	EPs
18.06	26.09	2.46	3.77	4.79	0.44	11.80	8.57	0.79
00.00	00.00	0.00	0.00	0.00	0.00	00.00	0.00	0.00
7.20	19.49	1.83	0.00	0.00	0.00	00.00	0.00	0.00
1.08	2.07	0.29	1.46	2.25	0.20	2.30	3.20	0.29
0.12	0.32	0.01	0.73	1.21	0.11	0.69	1.70	0.15
0.00	0.00	0.00	0.30	1.60	0.15	0.92	2.31	0.21
0.28	1.40	0.13	0.19	0.02	0.00	0.69	3.07	0.28
0.56	0.93	0.13	4.15	11.99	0.97	3.58	4.08	0.38
1.56	10.85	1.02	0.88	3.33	0.30	7.31	2.13	0.19
0.00	0.00	0.00	0.15	0.45	0.04	0.35	1.10	0.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.85	2.49	0.23
5.48	3.10	0.37	3.73	4.68	0.44	5.23	5.32	0.51
4.28	6.94	0.65	3.73	5.09	0.47	2.08	1.71	0.10
4.88	5.07	0.71	8.19	3.60	0.33	4.69	3.01	0.33
3.28	8.83	1.23	4.65	5.89	0.54	1.08	1.37	0.90
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.92	2.05	0.19	0.00	0.00	0.00	0.54	1.29	0.11
0.20	0.61	0.06	0.38	8.00	0.46	0.00	0.00	0.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.00	0.00	0.00	0.15	0.45	0.04	0.00	0.00	0.00
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0.00	0.00	0.00	0.35	1.56	0.71	0.00	0.00	0.00

T A

MEDIA ARITMETICA, DESVIACION STANDARD Y ERROR PROBABLE DE SIGMA DE LA INCIDENCIA DE CADA TIPO DE PERTURBACION ASOCIATIVA, ANALIZANDO SU RELACION ENTRE LA PALABRA ESTIMULO Y LA REPRODUCCION.

Perturbación.	E. Hebefrénica. (H 14 (26) M 12)			E. Catatónica (H 15 (21) M 6)			E. Simple. (H 18 (23) M 5)		
	X̄	D.E	EPs	X̄	D.E	EPs	X̄	D.E	EPs
B	22.00	27.43	2.49	40.42	25.88	2.66	15.69	21.89	2.15
MO	00.00	00.00	0.00	00.00	0.00	0.00	00.00	00.00	0.00
RT	1.74	4.12	0.37	8.67	17.63	1.81	1.30	2.87	0.31
RP	0.65	1.41	0.10	0.19	0.85	0.00	1.00	2.14	0.00
Def	0.00	0.00	0.00	0.43	1.52	0.15	0.57	1.83	0.18
RPr	1.40	6.19	0.56	1.19	5.29	0.54	0.30	1.07	0.00
RSM	0.67	3.62	0.32	1.00	3.29	0.33	0.82	3.46	0.32
P	8.40	17.29	1.57	2.86	11.47	1.19	1.09	1.77	0.01
AF	0.93	1.21	0.01	0.14	0.63	0.00	0.65	1.41	0.00
CF	1.23	4.80	0.35	1.38	4.24	0.38	0.77	2.11	0.01
A	0.56	2.82	0.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
I	5.56	18.51	0.94	0.80	2.01	0.02	5.96	10.53	1.03
D	2.96	1.99	0.01	0.74	6.24	0.64	1.09	1.71	0.01
MD	1.77	2.67	0.24	2.14	3.31	0.34	3.78	3.31	0.32
RM	4.85	13.77	1.25	1.43	5.29	0.39	5.30	10.48	1.02
AF	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
RA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
RAa	2.60	5.60	0.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
N	0.26	1.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.34	0.91	0.00
RV	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
RSI	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
AE	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
ARM	0.59	1.44	0.00	0.00	0.00	0.00	0.30	1.54	0.00

Bloqueo B
Mención de Objetos MO
Repetición Total, Par. RT/RP
Definición e Intento de Def.
Reacción Próxima RPr.
Referencia a Sí Mismo RSM
Reversión Edo. Anímico REA
Reversión del sexo implicado RSI

Perseveración P
Asoc. Fonomimíticas AF
Completamiento Frases CF
Atributo A
Reacciones Inconexas. I
Reacciones Distantes D
Audición Equivocada AE

Reacciones Medianamente Distantes MD
Reacciones Múltiples RM
Reacciones Afectivas AF
Reacciones Alternadas RA
Reacciones Vulgares RV
Neologismos. N
Abandono de Respuesta Múltiple ARM

TABLA 23

VARIABLES QUE DISTINGUIERON A CADA UNO DE LOS GRUPOS PATOLOGICOS EN LAS TRES FASES DE LA PRUEBA EN COMPARACION CON EL GRUPO CONTROL.

E. PARANOIDE			REACCION E.			E. SIMPLE			E.CATATONICA			E. HEBEFRENICA.		
ER	RR	ER	ER	RR	ER	ER	RR	ER	ER	RR	ER	ER	RR	ER
P	((P))		B	D'	RPr.	RT'	P	P'	B	B	B	B	RPr.'	RPr.
I	D		RM		P	RP'	CF'	I	RT'	P	RT	RT'	P	P
D					I	RM	I	RM	RP'	D	RPr.	RP'	D	I
MD					D	RV	MD				P	I		RM
												MD		REA
												RM		

SIGLAS: ER: Estímulo-Reacción; RR: Reacción-Reproducción; ER: Estímulo-Reproducción.

B: Bloqueo
D: Distante
I: Inconexa
P: Perseveración.
MD: Medianamente Distante.
RM: Respuesta Múltiple.
RT: Repetición Total.
RP: Repetición Parcial.
RPr.: Reacción Próxima propiamente dicha.
REA: Reversión del Estado anímico.
CF: Completamiento de Frase.
RV: Respuesta Vulgar.

CLAVE:
(') Aparecieron pero sin significación estadística.
(–) Incidencia moderadamente más alta que en el grupo control.
(=) Incidencia más alta que en el grupo control.
(≡) Incidencia significativamente más alta que en el grupo control.
(( )) Notable disminución.

TABLA 24

VARIABLES QUE DISTINGUIERON AL GRUPO P A R A N O I D E EN LAS TRES FASES DE LA PRUEBA EN COMPARACION CON EL GRUPO CONTROL.

	PRIMERA FASE Estímulo-Reacción				SEGUNDA FASE Reacción-Reproducción		TERCERA FASE Estímulo-Reproducción
Variables	P	I	D	MD	D	P	
NIVELES: (≡)	o		o	o	o		
(=)		o					
(_)							
(')							
Nivel "Normal"							
( )							
(( ))						o	

CLAVE:
(≡) Incidencia significativamente más alta que en grupo control.
(=) Incidencia más alta que en el grupo control.
(_) Incidencia moderadamente más alta que en el grupo control.
(') Aparecieron pero sin significación estadística.
( ) Disminución.
(( )) Notable disminución

TABLA 25

VARIABLES QUE DISTINGUIERON AL GRUPO DE REACCION ESQUIZOFRENICA EN LAS TRES FASES DE LA PRUEBA EN COMPARACION CON EL GRUPO CONTROL.

	PRIMERA FASE Estímulo-Reacción		SEGUNDA FASE Reacción-Reproducción	TERCERA FASE Estímulo-Reproducción			
Variables	B	RM	D	RPr.	P	I	D
NIVELES: (≡)							
(=)							
(_)	o----------o						
(')			o				
Nivel "Normal"							
( )							
(( ))							

CLAVE:
- (≡) Incidencia significativamente más alta que en el grupo control.
- (=) Incidencia más alta que en el grupo control.
- (_) Incidencia moderadamente más alta que en el grupo control.
- (') Aparecieron pero sin significación estadística.
- ( ) Disminución.
- (( )) Notablemente disminución.

TABLA 26

VARIABLES QUE DISTINGUIERON AL GRUPO DE E. S I M P L E EN LAS TRES FASES DE LA PRUEBA EN COMPARACION CON EL GRUPO CONTROL.

	PRIMERA FASE Estímulo-Reacción				SEGUNDA FASE Reacción-Reproducción				TERCERA FASE Estímulo-Reproducción		
Variables	RT	RP	RM	RV	P	CF	I	MD	P	I	RM
NIVELES: (≡)											
(=)											
(_)											
(')											
Nivel "Normal"											
( )											
(( ))											

CLAVE: (≡) Incidencia significativamente más alta que en el grupo control.
(=) Incidencia más alta que en el grupo control.
(_) Incidencia moderadamente más alta que en el grupo control.
(') Aparecieron pero sin significación estadística.
( ) Disminución.
(( )) Notable disminución.

TABLA 27

VARIABLES QUE DISTINGUIERON AL GRUPO DE E. C A T A T O N I C A EN LAS TRES FASES DE LA PRUEBA EN COMPARACION CON EL GRUPO CONTROL.

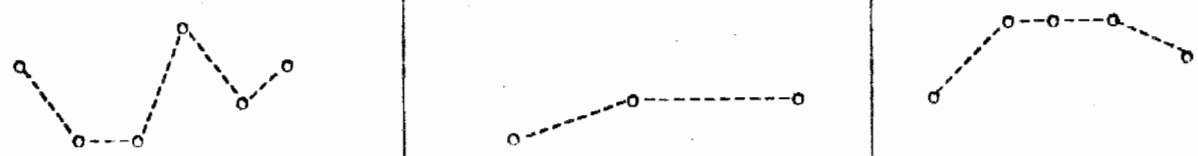
	PRIMERA FASE Estímulo-Reacción			SEGUNDA FASE Reacción-Reproducción			TERCERA FASE Estímulo-Reproducción			
Variables	B	RT	RP	B	P	D	B	RT	RPr.	P
NIVELES: (≡)										
(=)										
(–)										
(')										
Nivel "Normal"										
( )										
(( ))										

CLAVE:
(≡) Incidencia significativamente más alta que en el grupo control.
(=) Incidencia más alta que en el grupo control.
(–) Incidencia moderadamente más alta que en el grupo control.
(') Aparecieron pero sin significación estadística.
( ) Disminución.
(( )) Notable disminución.

TABLA 28

VARIABLES QUE DISTINGUIERON AL GRUPO H E B E F R E N I C O EN LAS TRES FASES DE LA PRUEBA EN COMPARACION CON EL GRUPO CONTROL.

	PRIMERA FASE Estímulo-Reacción						SEGUNDA FASE Reacción-Reproducción.			TERCERA FASE Estímulo-Reproducción.				
Variables	B	RT	RP	I	MD	RM	RPr.	P	D	RPr.	P	I	RM	REA
NIVELES:														
(≡)														
(=)														
(–)														
(')														
Nivel "Normal"														
( )														
(( ))														



CLAVE:

(≡) Incidencia significativa más alta que en el grupo control.
(=) Incidencia más alta que en el grupo control.
(–) Incidencia moderadamente más alta que en el grupo control.
(') Aparecieron pero sin significación estadística.
( ) Disminución.
(( )) Notable disminución.

INTERPRETACION DE LOS DATOS.

1.- Con respecto a las características de la muestra utilizada en nuestro estudio destacamos los siguientes aspectos:

a) La condición socio-económica fue similar en todos los grupos estudiados, sin variaciones significativas, condición que constituyó una frecuencia esperada si consideramos que todos los casos pertenecen al Manicomio General y de antemano sabíamos el tipo de enfermos que asisten a esta institución con respecto a tal variable.

b) Donde se encontraron diferencias significativas fue en relación con el tiempo de evolución y con el tiempo de internamiento que caracterizó a cada grupo (ver gráfica en la página). Tales condiciones se interpretan de la manera siguiente:

1) Grupo Paranoide: La discrepancia tan marcada entre la evolución y la hospitalización del grupo paranoide se hace comprensible si se toma en cuenta que el desajuste del paranoide dentro de su medio social es moderado y que su eficiencia en el area del trabajo se conserva.

2) Grupo de Reacción: En este grupo no existen discrepancias significativas entre la evolución y la hospitalización por lo aparatoso de este cuadro que demanda un inmediato internamiento.

3) Grupo de E. Simpl.: La discrepancia entre la evolución y la hospitalización en este grupo se explica porque su inicio es incidioso y no son aparentes los signos anormales floridos; cuando se hace presente la conducta psicopática e imposible la convivencia de este tipo de enfermos en su grupo social, familiar y de trabajo se hace imperativa la hospitalización.

4) Grupo de E. Catatónica: En este grupo la discrepancia entre estas dos variables fue muy significativa y solamente explicable por su curso episódico y periódico.

5) Grupo Hebefrénico: Recordemos que en este grupo - el comienzo es incidioso y que en esta etapa puede haber solamente un cierto grado de dificultad de concentración en el esfuerzo mental que no les incapacita en el area del trabajo y - pueden interactuar en su medio social, quedando así explicada- la discrepancia tan significativa entre evolución y hospitalización de este grupo.

c) Interpretación de los datos con respecto a las perturbaciones asociativas. (en relación al estímulo). Con el objeto de clarificar más el análisis de las variaciones de los - diversos grupos observaremos por separado cada perturbación.

Bloqueo: Un análisis en este sentido nos demuestra - que el porcentaje de bloqueos alcanza el máximo en el grupo catatónico (32.24) y le sigue el grupo hebefrénico (20.34) y el- grupo de reacción esquizofrénica mientras que el grupo paranoi de muestra un escaso bloqueo (incluso inferior al grupo control) aunque con una desviación más notable. El grupo de la esquizofrenia simple presenta una condición de bloqueo mayor que el grupo control pero fue significativamente más bajo que el - hebefrénico, catatónico y de las reacciones esquizofrénicas. - Tales resultados parecen ser debidos fundamentalmente al hecho de que la depresión funcional es máxima en los grupos hebefrenico y catatónico mientras que la condición de choque agudo de las reacciones esquizofrénicas imposibilita también una asociación libre de trabas. El grupo simple que es el que se encontró con mayor estabilidad dentro de su cronicidad permite una- asociación más libre. El grupo paranoide frecuentemente estimulado por contenidos sobreideacionales es el que presenta mayor fluidez, aunque su patología se deriva basicamente hacia otro- tipo de patología.

Comparando nuestros datos con los de Rapaport encontramos que- son consistentes si consideramos que la disminución funcional- en los grupos hebefrénico, catatónico y en las reacciones produce un rendimiento (deteriorado)

Mención de Objetos: Esta variable apareció como una condición bastante rara tanto en los grupos esquizofrénicos como en el de control. Solamente en el grupo catatónico y simple apareció hasta la unidad pero sin diferencias significativas con respecto al resto de los grupos.

Repetición Total y Parcial: La repetición total y parcial se presentó en forma más discreta en los siguientes grupos y en el órden en que se describen: Esquizofrenia Hebefrénica (EH), Esquizofrenia Catatónica (EC), Esquizofrenia Simple (S), y Esquizofrenia Paranoide (EP). Aunque las diferencias entre ellos no son estadísticamente significativas, sí lo son en relación al grupo control, que tuvo la más baja incidencia. Dentro de los grupos esquizofrénicos las reacciones ocuparon un lugar más bajo con respecto a esta variable. Estos resultados parecen apoyarse en la idea de que dependen fundamentalmente del grado de deterioro (ya sea funcional u orgánico) y no se explica el por qué es menos frecuente en las reacciones esquizofrénicas que en el resto de los grupos.

Definición e Intento de Definición: En general se presentaron con puntajes bajos en todos los grupos esquizofrénicos casi sin diferencia significativa entre ellos siendo, en cambio, más alta en el grupo control. Lo que nos sugiere que en este mecanismo se encuentran posiblemente involucrados algunos mecanismos de evasión pero que parecen representar una condición de mayor plasticidad y menor patología. Este dato fue muy diferente de los hallazgos de Rapaport que considera en esta variable muy importante el papel del deterioro.

Referencias a sí mismo: Se presentó como una variable rara solamente arriba de la unidad en ES (2.39), en la EC (1.57), en la RE (1.25) y en el grupo control (1.81) estando ausente en la EP (o.0) y abajo de la unidad en la EH (0.92), de manera que no representó diferencias significativas.

Perseveración: Parece representar la variable que caracteriza más al grupo paranoide pues su incidencia fue notablemen

te más alta que en los demás grupos (49.92) contra 5.40 del - grupo control y 6.88 del grupo hebefrénico lo que revela el - papel importante que el sistema sobreideacional y obsesivo -- juega con respecto a esta variable. En el resto de los grupos fue muy rara encontrándose abajo de dos unidades. Es importante anotar aquí que los resultados nos indican que mas que un aspecto deteriorante la perseveración del paranoide revela un sistema de rigidez ligado a la necesidad de "evadirse" de la realidad mediante pautas de comportamiento particularmente convencionales a fin de evitar "comprometerse" con estímulos a los cuales percibe como "peligrosos".

Asociación Fonomimética: La asociación fonomimética -- fue totalmente rara en todos los grupos y nunca se rebasaron los límites comprendidos dentro de las frecuencias esperadas para los grupos normales.

Completamiento de Frase: Fue también bastante rara, solamente en la ES y en la EP la media fue superior a la de los grupos normales aunque sin rebasar los límites standard.

Atributo: El puntaje más alto corresponde al grupo control. Todos los grupos esquizofrénicos se encuentran por debajo de él y dentro de éstos la incidencia máxima se presenta en los grupos hebefrénico y paranoide.

Inconexas: En las reacciones inconexas sí hubo diferencias significativas pues la EH, la ES, y la EP fueron notablemente superiores al grupo control. La EC se presentó dentro de los límites del grupo control, lo mismo que la RE.

Distantes: El grupo que presentó la incidencia máxima - fue el paranoide encontrándose el resto de los grupos dentro - de las frecuencias presentadas por el grupo control.

Medianamente Distantes: Donde la patología se hizo más evidente es en esta variable pues a excepción del grupo catatónico que se encontró dentro de las frecuencias y límites del - grupo control el resto de los grupos esquizofrénicos presentó-

puntajes significativamente más elevados, siendo el primero - el grupo paranoide, le sigue la ES, luego la RE, y por último la EH. Los datos son coherentes con los hallazgos de Rapaport.

Reacciones Múltiples: La reacción múltiple caracterizó más específicamente a la ES que presentó los puntajes más elevados, le sigue la EH, casi al mismo nivel la RE y la EH aunque con una mayor dispersión la primera y es más baja en el - grupo paranoideo. Todos los grupos esquizofrénicos se encontraron por encima de la media del grupo normal.

Reacción Afectiva: Se encontraron abajo de la unidad - en todos los grupos incluyendo el de control.

Reacción Vulgar: Las reacciones vulgares no se presentaron en ninguno de los grupos a excepción de la ES que marcó un puntaje significativamente alto con respecto al resto.

Neologismos: Los neologismos se encontraron con una incidencia más alta en el grupo paranoide, le sigue la reacción y luego el hebefrénico sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos. En el grupo catatónico, simple y en el de control se encontraron abajo de la unidad.

Audición Equivocada: Casi no se presentó en ninguno de los grupos. La incidencia máxima fue en el grupo paranoideo - pero sin una diferencia significativa con respecto al resto - de los grupos.

d) Análisis de la relación existente entre la palabra-reacción y la reproducción. El análisis de la relación entre-la reacción y la reproducción nos aporta valiosos datos para-la comprensión de los mecanismos que se suceden a lo largo de la situación de test, así como de la aparición de nuevas modalidades reaccionales que modifican el comportamiento en la -- primera parte de la prueba.

Bloqueo: En primer lugar puede apreciarse inmediatamente que a excepción del grupo paranoide que disminuye en forma notable el número de bloqueos, en todos los demás grupos in--

cluyendo al control se hace más alta su incidencia, siendo más notable el aumento en el grupo catatónico. Esto parece indicar nos que a medida que la prueba se desarrolla, un mayor número de operaciones mentales es requerido a entrar en actividad, -- por lo que en aquellos grupos donde la rigidez de reacción ya tenía límites significativos, va a ser más evidente el bloqueo en la asociación.

Mención de Objetos: La mención de objetos no sufrió cambios significativos. La tendencia demostrada en todos los grupos estudiados incluyendo al de control fue hacia la desaparición de esta variable.

Repetición Total y Parcial: Una modalidad importante presente en todos los grupos, es la tendencia en esta segunda fase de la aplicación del test a disminuir también el número de repeticiones totales y parciales. Más significativa aparece esta - tendencia a la disminución en aquellos grupos donde inicialmente (estímulo-reacción) la incidencia de esta variable fue alta. En esta forma en el grupo hebefrénico y en el de esquizofrenia-simple desaparecieron casi totalmente. En general puede observarse que tal disminución fue más importante en lo que a la repetición total se refiere que a la repetición parcial.

Definición e Intento de Definición: Esta tendencia a la-disminución se prolongó también en todos los grupos. La tendencia a que se disminuya la presencia de esta variable parece estar relacionada directamente con una "acomodación" del sujeto - al test.

Reacciones Próximas: También en esta variable se observó una tendencia en todos los grupos, incluso el de control, a disminuir. Esta tendencia fue menos sensible en el grupo hebefrénico donde se siguió observando algún número de estas variables.

Referencia a sí mismo: Presentó una tendencia a disminuir en el grupo catatónico, en el simple, en las reacciones - esquizofrénicas y en el control, mientras que por el contrario presentó una elevación aunque no muy significativa en el hebe-

frénico. En el grupo paranoide que no había estado presente - durante la reacción inicial, apareció aunque no en una forma- relevante.

Perseveración: La perseveración tuvo un incremento en- el grupo hebefrénico y en el catatónico y en el simple, muy - significativo en las reacciones esquizofrénicas y disminuyó - notablemente en el grupo paranoideo, lo que ratifica que la - alta incidencia que este último grupo presentó en esta varia- ble durante la primera fase de la prueba no era debido como - parece suceder en el resto de los grupos a factores de dete-- rioro orgánico. En el grupo control, como era de esperarse -- disminuyó.

Asociación Fonomimética: No sufrió variaciones significativas en los grupos patológicos, aunque se observó una tendencia general a la disminución. En el grupo control se incrementó en forma estadísticamente significativa posiblemente como resultado de una mayor "liberalidad" en el desempeño de la empresa, dada casi por la confianza adquirida en el transcurso de la prueba. Este dato es interesante porque parece revelar que en cuanto a las características de personalidad del - grupo control se encontraron elementos de impulsividad subyacentes a una condición general reprimida.

Completamiento de Frase: Esta variable mostró una tendencia muy notable a disminuir en todos los grupos, desapare-- ciendo totalmente en grupo hebefrénico, en el catatónico y en- las reacciones esquizofrénicas. En el resto de los grupos apareció pero en forma no significativa.

Atributo: Mostró también una tendencia a la disminu--- ción. Encontrándose su presencia solamente en el grupo hebefrénico y en el de control, sin cifras significativas.

Inconexas: La aparición de esta variable tuvo condiciones diversas para cada uno de los grupos: en el grupo hebefrénico sufrió una tendencia a la disminución aunque no en forma- significativa presentando por el contrario un aumento en la --

desviación; en el grupo catatónico la tendencia fue a la disminución tanto en el puntaje como en cuento a la variabilidad; aumentó en la ES manteniéndose casi inalterable la variabilidad; aumentó también en las reacciones y disminuyó en forma muy significativa en el grupo paranoideo. Se mantuvo inalterable en el grupo control. Estos datos sugieren la idea de que tratándose de una de las variables indicadoras de un mayor grado de patología parecen estar condicionadas en forma muy relevante con una tendencia a la cronicidad.

Distantes: Las reacciones distantes aumentaron su incidencia en el grupo hebefrénico, disminuyendo en cambio su variabilidad; igual situación aconteció en el grupo catatónico, en el simple y en las reacciones y en el grupo paranoideo. Esta tendencia se presentó también en el grupo control, aunque en forma mucho menos significativa, disminuyendo en cambio su variabilidad, lo cual le dá cierta característica de consistencia a este grupo con respecto a tal variable. Estos resultados sugieren que los grupos patológicos muestran una tendencia a poder "alejarse" del estímulo, realizando incluso ciertos procesos de tendencia sintáxica que no terminan, sin embargo, en condiciones objetivamente creativas, lo cual determina entonces que la aparición de esta variable está relacionada con procesos defensivos.

e) Análisis de la relación existente entre la palabra estímulo y la reproducción. Cuando analizamos los resultados de los datos, nos encontramos con que existen importantes diferencias entre las reproducciones y los estímulos, entre los estímulos y las reacciones y entre las reacciones y las reproducciones.

Bloqueo: Esta variable no presentó ninguna diferencia con respecto a la reacción y a la reproducción, sin embargo, se mantuvo el aumento en los puntajes que se había observado entre la reacción y la reproducción.

Mención de Objetos: No apareció la mención de objetos. Este dato ya se había observado durante el análisis entre la reacción y la reproducción lo cual significa que al finalizar la

prueba esta variable no se mostró significativa para el análisis diferencial.

Repetición Total: Mientras en el grupo control desapareció la repetición total, en todos los grupos esquizofrénicos apareció, en algunos de ellos en forma significativa. Así por ejemplo la EC y la RE presentaron una incidencia notable, siendo menos importante en la EH, EP y en la ES. El hecho de que la repetición total solamente se haya conservado en los grupos patológicos nos sugiere su importancia para el diagnóstico, y nos pone de manifiesto la forma en que el papel deteriorante del síndrome influye en los diversos grupos ratificando nuestra hipótesis fundamental.

Es de anotarse, sin embargo, que en el grupo control, por el contrario la incidencia de repeticiones parciales fue mayor que en los grupos esquizofrénicos. Así puede observarse que la falta de repetición total del grupo control se ve equilibrada por una mayor incidencia de repeticiones parciales, mecanismo totalmente contrario a lo que ocurre a los grupos esquizofrénicos donde la alta incidencia de repeticiones totales cursa a una baja de las repeticiones parciales. Solamente el grupo paranoide mantuvo sensiblemente la misma frecuencia en ambas.

Definiciones e Intento de Definiciones: En ninguno de los grupos se presentó una incidencia de definiciones suficientemente significativas, si tomamos como base los datos del grupo control. Podemos decir que la tendencia que ya había sido observada durante el análisis de la reacción y la reproducción a disminuir se hizo más notable.

Reacciones Próximas: En el análisis de las reacciones próximas encontramos que las cifras se vuelven muy importantes para el diagnóstico diferencial. El grupo contro, las RE y la ES son las que mostraron incidencias bajas. La variabilidad en la EC y la EH fue notablemente alta, y en las reacciones esquizofrenicas lo mismo que en el grupo paranoideo la frecuencia rebasó -

los límites standard del grupo control tanto en puntaje medio como en variabilidad lo que sugiere su carácter deteriorativo. La variabilidad más alta fue dada por el grupo paranoide con una desviación de 12.53.

Referencias a sí mismo: Las referencias a sí mismo no mostraron diferencias significativas en ninguno de los grupos, y aunque en mínima cantidad se encontró en todos sin rebasar la unidad.

Perseveración: Donde más significado diagnóstico tuvo esta variable fue en los grupos hebefrénico, en las reacciones, y menos en el paranoide en el grupo catatónico y en el simple la frecuencia se encontró dentro de los límites delineados por el grupo control, aunque en el primero (catatónico) la variabilidad fue notablemente alta. Solamente parece adquirir significación diagnóstica en el grupo hebefrénico donde se conservó su significado patológico a lo largo de los tres análisis que hemos seguido.

Asociación Fonomimética: Ninguno de los grupos patológicos rebasó los límites del grupo control respecto a esta variable.

Completamiento de Frases: No se presentaron diferencias muy importantes en ninguno de los grupos con respecto al grupo control.

Atributo: No hubo diferencias significativas tampoco.

Inconexas: Con respecto a las reacciones inconexas observamos que el grupo hebefrénico, el simple y las reacciones rebasaron los límites sigmáticos del grupo control demostrando su importancia para el diagnóstico diferencial. El grupo paranoide solamente lo hace en algunos casos si consideramos su variabilidad, lo cual significa que esta variable no es importante para su diagnóstico, siéndolo, sin embargo, para los grupos anotados anteriormente.

Distantes: No se presentaron diferencias con respecto al grupo control. La mayor incidencia, sin significación diagnostica la presentaron las reacciones esquizofrénicas.

Medianamente Distantes: Todos los grupos presentaron - una incidencia más baja que el grupo control tanto en cuanto a - puntajes medios como con respecto a la variabilidad.

Creemos de importancia recordar aquí que para Rapaport las reacciones Medianamente Distantes propiamente dichas oscilan entre - las distantes y las populares y las considera como respuestas generalizantes libremente coordinadas o supraordinadas (risa: "mandíbula"; silla: "casa"). Asímismo las populares para este autor- están representadas por: sinónimos, antónimos, palabras subordinadas, coordinadas, supraordinadas y predicativas. En nuestra investigación hemos incluído a las medianamente distantes propiamente dichas de Rapaport las que califica como populares y cuasi populares; habiéndose observado en los grupos experimentales una preponderancia de las reacciones medianamente distantes propiamente dichas tipo Rapaport y las obtenidas en el grupo control - representaciones de las populares y cuasi populares de este autor; por lo que se infiere que esta variable parece tener cierta relación con el contacto con la realidad y la posibilidad de establecer en forma sintáxica relaciones con aspectos convencionales, razón por la cual era de esperar su mayor incidencia en el- grupo control.

Respuestas Múltiples: Dentro de los grupos esquizofrénicos los grupos hebefrénico y simple superaron en forma notable los límites del grupo control tanto en cuanto a puntajes medios- como a desviaciones sigmáticas. El grupo catatónico solamente le superó con respecto a su variabilidad, las reacciones esquizofrénicas se encontraron dentro de los límites normales y solamente- el grupo paranoide no presentó esta variable.

Reacciones Afectivas: No apareció esta variable en ninguno de los grupos, excepto en las reacciones esquizofrénicas, - aunque sin significado estadístico.

Reacciones Alternas: No apareció en ninguno de los grupos.

Reversión del Estado Anímico: El grupo hebefrénico es-

el único que presentó esta variable fuera de los límites del grupo control, lo que nos indica su importancia diagnóstica.

Neologismos: No apareció en el grupo control; dentro de los grupos patológicos solamente podemos darle cierta importancia al considerar la variabilidad más en los puntajes medios, siendo-en este sentido la más importante la que presenta el grupo para--noideo. En el grupo catatónico no aparece.

Respuestas Vulgares: No está presente en ninguno de los grupos.

Reversión del Sexo Implicado: No está presente en ninguno de los grupos, excepto en el grupo paranoide sin significado - estadístico.

Audición Equivocada: No la presentó ninguno de los grupos.

Abandono de Respuesta Múltiple: Apareció solamente en - los grupos hebefrénico, simple y paranoide sin que las cifras -- sean altamente significativas.

Debemos decir aquí al terminar el análisis de las perturbaciones-en las tres fases de la prueba que con frecuencia encontramos que la desviación llegó a ser más alta que los puntajes medios. Esto-nos indica indudablemente problemas de muestreo no obstante el -- cuidado que pusimos en hacer la selección al rigurozo azar. Apa--rentemente era necesario un mayor número de casos para que nues--tros datos tuvieran una mayor consistencia.

f)Análisis del tiempo de reacción de cada reactivo por-grupo: Considerando que el tiempo de reacción ha sido utilizado - por los clínicos frecuentemente para registrar interferencias en-la respuesta, ya sea en el T.A.T., en el test de Rorschach, etc.-hemos considerado importante obtener datos acerca: primero, del - número de palabras por grupo que presentan un tiempo de reacción-mayor que en el grupo control; segundo, considerar si existe algu na consistencia en cuanto a las palabras que hubieran provocado -

un tiempo de reacción más alto en todos los grupos. En primer lugar el número de palabras que presentó un tiempo de reacción más alto que en el control fueron como sigue: EP 7; RE 22; ES 19; EC 31; EH.4.

Palabras de tiempo de reacción más alto para el grupo paranoide: casa, homosexual, cine, taxi, bistec, y cópula.

Palabras de tiempo de reacción más alto para el grupo - de reacción: amor, padre, sombrero, cortinas, fiesta, libro, silla, pene, oscuridad, suicidio, montaña, casa, papel, homosexual, marco, cine, taxi, mesa, carrera, fuego, granja, y social.

Palabras de tiempo de reacción más alto para el grupo - simple: amor, padre, cortinas, baul, bebida, fiesta, defecar, libro, lámpara, felpudo, novio, pene, suicidio, casa, papel, homosexual, radiador, novia, masturbarse, hombre, cine, risa, mujeres, - hija, taxi, madre, bistec, carrera, mamar, fuego, y social.

Palabras de tiempo de reacción más alto para el grupo - hebefrénico: padre, silla, oscuridad, mesa.

Como puede observarse la incidencia mínima fué dada en el grupo - hebefrénico y en el paranoide; casi igual en las reacciones y en el simple y el mayor número de palabras donde el tiempo de reacción fue alto correspondió al grupo catatónico.

Solamente las palabras casa, cine y taxi se presentaron en todos los grupos; a excepción del hebefrénico. Nos atreveríamos a sugerir que estos datos están dados, dada su consistencia, por la condición de internamiento a que se ven sujetos los enfermos. De los datos anteriores podríamos concluir que el tiempo de reacción difícilmente nos serviría para diferenciar a los grupos paranoide, - y hebefrénico del control, pero por el contrario es de alto valor clínico para las reacciones esquizofrénicas, la esquizofrenia simple y muy significativamente para la esquizofrenia catatónica, ya que en esta última la inhibición motora parece ser el factor más - importante que correlaciona con un tiempo de reacción elevado.

g) Consideraciones acerca del Tiempo de Reacción en el - Grupo Control. En forma convencional y para los efectos de establecer dentro de los lineamientos de este estudio cuales se comportaron como palabras traumáticas para el Grupo Control, vamos a considerar dos aspectos: consideraremos como traumáticas a aquellas palabras cuyo tiempo de reacción haya superado con claridad los límites señalados por la desviación estandar como -- "fronterizas"; aquellas otras cuyo tiempo de reacción se encuentra en el límite superior dela primera sigma. Solamente tres palabras rebasaron los límites sigmáticos y estas fueron: pecho, homosexual y mordisco, todas ellas corresponden a la lista de 20 que comprende Rapaport como traumáticas. Como palabras fronterizas encontramos: amor, sombrero, defecar, felpudo, tajo y vagina. En el estudio de Rapaport la primera (amor), la tercera (defecar) y la última (vagina) fueron consideradas traumáticas.

Concluímos de los datos anotados que el número de palabras traumáticas de la prueba para los grupos "normales" son mucho menores (7 incluyendo las fronterizas) que los datos para Rapaport pero que,sin embargo, existe cierta concordancia, a excepción - de dos de ellas (sombrero, y tajo) en cuanto a que casi todas ellas estan incluídas dentro de las consideradas así por este autor. Por otra parte, y considerando el tiempo promedio por estímulo y su respectiva desviación estandard en el grupo control,- podemos observar que en los grupos de Reacción, Catatónico y -- Simple, el promedio de tiempo de reacción fue mucho mayor. Este dato se anota en la tabla respectiva. El Grupo Hebefrénico dió el mismo promedio por estímulo que el Control, y el Paranoide - no llegó a rebasar el límite superior de la sigma +1.

Es importante anotar aquí también que en todos los grupos, sin-excepción,el reactivo uno produjo el tiempo de reacción más elevado, hecho que puede ser atribuíble y que representa la primer reacción ante una situación que se presenta nueva. Este dato se observa en general en la primera aplicación de todas las prue-- bas.

Procedimiento para obtener la variable "popularidad": A cada una de las respuestas iniciales del sujeto (sin incluir las de la reproducción) se les registra el número de veces que o currieron en el muestreo de 26 sujetos que forman nuestro -- grupo control. Las reacciones populares en nuestro grupo control resultaron ser todas o sinónimas o antónimas de la palabra-estímulo y también se presentaron las que mantuvieron una relación de subordinación, coordinación o supraordinación conceptual y en unos pocos casos, una relación predicativa. (ver Tabla 17 pag.145).

SUMARIO Y CONCLUSIONES.

Con base en las posibilidades para el diagnóstico diferencial que ofrece La Prueba de Orbison de Asociación de Palabras, ésta fue utilizada a fin de desarrollarla en nuestro medio como instrumento diagnóstico que promediara la diferenciación de cinco grupos esquizofrénicos. El estudio se realizó en el Manicomio General de la Ciudad de México, escogiendo al azar un grupo Paranoide, un Grupo Hebefrénico, uno Catatónico, uno Simple y un grupo clasificado con diagnóstico de Reacción Esquizofrénica. Fue utilizado un Grupo Control con previo sorteo al azar tomándo un grupo de sujetos de primarias nocturnas que ofrecen características similares con respecto a variables tales como ocupación, sexo, escolaridad, nivel socio-económico y edad.

Bajo la hipótesis fundamental de que las diferentes variables que permiten el diagnóstico diferencial de los cinco grupos estudiados eran suficientes para ofrecer rendimientos diversos en la Prueba de Orbison, nos dedicamos durante dos años a realizar el presente estudio.

CONCLUSIONES.

1.-Los rendimientos de los diversos grupos ofrecieron suficiente número de datos para ratificar nuestra hipótesis de que La Prueba de Orbison es útil para el diagnóstico diferencial y en comparación al Grupo Control.

2.- Nos encontramos al analizar las características de nuestra muestra que existen diferencias en cuanto a la relación evolución de la enfermedad-tiempo de internamiento. Estos datos fueron interpretados en la forma siguiente: la discrepancia tan marcada entre la evolución y la hospitalización del grupo paranoide se hace comprensible si se toma en cuenta que el desajuste del paranoide dentro de su medio social es moderado y que su eficiencia en el area del trabajo se conserva. En el Grupo de Reacción no existen discrepancias significativas entre la evolu

ción y la hospitalización por lo aparatoso de este cuadro que demanda un inmediato internamiento. En el Grupo Simple la discrepancia entre la evolución y la hospitalización se explica porque su inicio es incidioso y no son aparentes los signos anormales floridos; cuando se hace presente la conducta psicopática e imposible la convivencia de este tipo de enfermos en su grupo social, familiar y de trabajo se hace imperativa la hospitalización. En el Grupo Catatónico la discrepancia entre estas dos variables fue muy significativa y solamente explicable por su curso episódico y periódico. En cuanto al Grupo Hebefrénico recordemos que su comienzo es incidioso y que en esta etapa puede haber solamente un cierto grado de dificultad de concentración en el esfuerzo mental que no les incapacita en el area del trabajo y pueden interactuar en su medio social, haciendose comprensible la discrepancia tan significativa entre evolución y hospitalización de este grupo.

3.- Las características fundamentales presentadas a través de las tres fases de la prueba y en comparación con el Grupo Control fueron las siguientes:

a) Grupo Paranoide: El GP presentó una incidencia de perseveración (P), reacciones inconexas (I), reacciones distantes (D) y medianamente distantes (MD) significativamente más alta durante la fase estímulo-reacción y una muy notable disminución de la (P), al mismo tiempo que persistió la alta incidencia de las reacciones distantes durante la fase reacción-reproducción.

b) Grupo de Reacción Esquizofrénica: En este grupo la característica fundamental es dada por una incidencia moderadamente más alta de las variables bloqueo (B) y respuesta múltiple (RM) durante la primera fase de la prueba. La aparición reacciones distantes (D) sin significación diagnóstica durante la segunda parte y en la tercera fase una incidencia más alta de reacciones próximas propiamente dichas (RPr.), reacciones inconexas (I), distantes (D), y en menor grado perseveración (P).

c) Grupo de Esquizofrenia Simple: Este grupo se caracteriza en la primera parte de la prueba por la aparición (no estadísticamente significativa) de respuestas totales y parciales (RT/P), más importante es una muy alta incidencia de respuestas múltiples (RM) y en menor grado de respuestas vulgares (RV) en comparación con el grupo control; en la segunda parte por la incidencia muy alta de reacciones inconexas (I) y en menor grado de reacciones medianamente distantes (MD), perseveración (P), y la aparición aunque en forma no significativa de completamiento de frases (CF). En la tercera fase de la prueba la (P) aparece sin significación diagnóstica pero en cambio son notablemente altos los puntajes para las reacciones inconexas (I) y las RM.

d) Grupo de Esquizofrenia Catatónica: El dato más importante de la primera fase es dado por ser uno de los grupos que presenta un mayor número de bloqueos (B). La aparición de RT/P no es muy importante. En la segunda parte persiste el bloqueo en forma significativa aunque en menor grado; la P y las D. En la tercera parte el bloqueo sigue caracterizando al grupo, las RT se hacen altamente significativas lo mismo que la P. En forma importante pero menos que las anteriores se presentan las RPr.

e) Grupo de Esquizofrenia Hebefrénica: En órden de importancia aparecen en la primera parte las I,P y RM. en menor grado los bloqueos (B), las MD y casi sin significación las RT/P. La segunda parte es dada por una incidencia moderadamente más alta de P y D que en el Grupo Control.

f) Grupo Control: En este grupo aparecieron aunque en forma moderada las variables; B; A (Atributo) y Def.; infiriéndose que en las definiciones están involucrados algunos mecanismos de evasión pero que parecen representar una condición de mayor plasticidad y menor patología. Este dato fue muy diferente de los hallazgos de Rapaport que considera en esta variable muy importante el papel del deterioro. Esta interpretación corresponde a la primera fase estímulo-reacción.

En la fase reacción-reproducción el grupo control incrementó - en forma estadísticamente significativa las asociaciones fonomiméticas AF). Este dato es interesante porque parece revelar- que en cuanto a las características de personalidad del Grupo- Control se encontraron elementos de impulsividad subyacentes a una condición general reprimida. En la tercera fase de la prueba, estímulo-reproducción este grupo tuvo una marcada tendencia a sustituir las RT por RP (repeticiones totales por parciales) evidenciando así un mecanismo totalmente contrario a lo que ocurre a los grupos esquizofrénicos donde la alta incidencia de RT cursa a una baja de las repeticiones parciales. La variable medianamente distante (MD) sobresalió en el Grupo Control tanto en cuanto a puntajes medios como con respecto a la variabilidad.

Para Rapaport esta variable está representada por las palabras libremente coordinadas o supraordinadas como en: risa: "mandíbula"; silla;"casa". En nuestra investigación fueron consideradas dentro de esta clasificación además de éstas aquellas palabras que en relación con la palabra-estímulo fueron: sinónimas, antónimas, subordinadas, coordinadas, supraordinadas y predicativas.. Por tal motivo se infiere que esta variable parece tener cierta relación con el contacto con la realidad y la posibilidad de establecer en forma sintáxica relaciones con aspectos convencionales, razón por la cual era de esperarse una mayor incidencia en el Grupo Control.

4.- El psicólogo clínico puede aplicar a todos los datos que hemos ido destacándo, la dinámica correspondiente de acuerdo al significado de cada variable.

5.- Psicológicamente,a través de las variables que caracterizaron al Grupo Control y que fueron: B,A, y Def., para la primera fase de la prueba y AF para la segunda; sustitución de RT por RP con incremento estadísticamente significativo en la tercera fase, de MD) es un modo de conducta ante la prueba que puede considerarse como "normal".

6.-Los tiempos de reacción fueron como promedio total -

mucho más altos en las Reacciones Esquizofrénicas, la ES, la EC y la EP se encontró en el límite superior de la desviación sigmática y el Grupo Hebefrénico dentro de los límites normales.

7.- Se considera el tiempo de reacción como base, el número de respuestas traumáticas fue mucho menor que las que indicadas por Rapaport en su estudio. La gran mayoría de las palabras encontradas como traumáticas en nuestro estudio lo son también para Rapaport a excepción de dos.

8.- Podemos indicar que si bien con respecto al inciso anterior parece existir cierta consistencia con el estudio de Rapaport en el Grupo Normal puede observarse por el contrario que no parece existir un patrón característico para los grupos esquizofrénicos sino que la condición "traumática" parece depender no tanto de la estructura formal del estímulo sino del significado privado que le atribuye el paciente. (variables intercurrentes). Debe anotarse además de este factor que con toda seguridad datos orgánicos interfieren en forma significativa en este contexto, lo mismo que factores situacionales.

N O T A S

1.-Bleuler hace una clara diferenciación entre obstrucción e inhibición de la manera siguiente: "La obstrucción es esencialmente diferente de la inhibición que es un síntoma concomitante habitual de las depresiones afectivas pronunciadas de todo tipo. El pensar y actuar inhibidos proceden -- lentamente y con dificultad, acompañados por un anormal -- dispendio de energía psíquica. Esta energía psíquica parece comportarse como un fluído viscoso en un sistema de tubos, que empero son siempre manifiestos. Pero en la "obstrucción", el libre flujo del fluído se detiene bruscamente porque en alguna parte se cerró una llave de paso."

Esta obstrucción es percibida por los pacientes esquizofrénicos como "privación del pensamiento".

Continúa Bleular aclarando términos e indica que los límites que distinguen a la "obstrucción" del negativismo no - son ni teórica ni sintomatológicamente claros. Ambos fenómenos se convierten casi imperceptiblemente en el otro; y- el negativismo pasivo puede quizás explicarse como una combinación de obstrucciones. (12, pags. 39/44).

2.- Patrick Mullahy (20, 299/300) hace una descripción de lo que para Sullivan es la"inatención selectiva": "El niño - gradualmente aprende a poner atención a su conducta que- le es aprobada y desaprobada. Debe hacerlo con el objeto de conservar su seguridad y evitar la ansiedad. Este proceso es análogo al que acontece cuando un amante de la - buena música está en un concierto que le afecta emocio-- nalmente. Tal persona será absorbida por la música. Su atención se verá enfocada en la ejecución y en el deleite de ella. Para todo lo demás pondrá muy poca atención. Para el niño su seguridad está en juego y por lo tanto es- de vital importancia y pondrá estrecha atención a lo que

acontece cuando la aprobación o desaprobación está involucrada. Por lo tanto su atención e inatención se hace selectiva.

3.-Los tipos de experiencia de Sullivan son la experiencia-prototáxica, paratáxica, y sintáxica explicadas de la siguiente manera: (19, pag. 109).

"La modalidad que ordinariamente es incapaz de cualquier formulación y por lo tanto de ser discutida, es experiencia en modalidad prototáxica o primitiva. En esta modalidad de experiencia es como si todo lo que es sensitivo y y representado centralmente, fuese como un panel luminoso de conmutador indefinido, pero enorme: y el patrón de luces que apareciera en ese panel durante cualquier experiencia discreta es la experiencia prototáxica básica -- misma"

"La modalidad sintáxica de experiencia, es un ideal pocas veces obtenido en el cual la percepción incrementantemente diferenciada está validada consensualmente con otras personas a través del lenguaje, los gestos, etc."

4.-Los procesos de los grados variantes de concienciación - postulados por Freud como preconsciente, subconsciente, e inconsciente son utilizados por Sullivan dentro de un -- nuevo marco de referencia y explicados a través del desarrollo de los símbolos de un nivel bajo a uno de abstracción alta (Spearman): (19, pags. 106/107).

"Spearman demuestra que los procesos implicados son aquellos de encontrar relaciones y correlativos. Las tres actividades básicas de este tipo, como las ha generalizado consisten en (I) la aprehensión de la experiencia, los - sucesos por los cuales las situaciones neurofisiológicas se transforman en símbolos primitivos; (II) la educción- de relaciones en un orden indefinidamente más y más elevado de abstracción, con su correspondiente capacidad -- más y más amplia de utilización en el símbolo elaborado-

y (III) la educción de correlativos del símbolo en evolución entre los otros símbolos existentes y asequibles, o, lo que es más maravilloso aún, más allá de los límites físicos del organismo (La "función trascendental."). "

"Pensamos no solamente en esta forma de obtención y elaboración de símbolos, sino por la actividad de los que ya poseemos. Aquí también su análisis es provechoso. Por (I) reproducción, (II) desigualdad, y (III) variación de claridad, todos los fenómenos adicionales aparecen."El último proceso mencionado es de primordial importancia en la teoría psicopatológica, comenta Helen Swick Perry.

"Todas las partes del campo cognoscitivo poseen algún grado de "claridad". Se encuentran entre dos polos, uno de claridad perfecta y otro de oscuridad extrema. La claridad podría parecer como si fuese una configuración mental que solamente es obtenible y sostenible por medio de una tensión especial; cuando esta tensión se afloja, la configuración automáticamente caduca." Esta claridad está compuesta de un factor intensidad ("grado de consciencia" de muchos psicólogos") y uno de calidad de determinado. Este último es un factor relacionado únicamente a los símbolos."

Sullivan explica que el símbolo psicobiológico de grado inferior caracterizan al pensamiento esquizofrénico, y que muchos de estos símbolos primitivos eluden la elaboración a niveles más altos de símbolos conscientes debido a que su intensidad está abajo de "el umbral de la consciencia". Asimismo comenta este autor que el cambio de "oscuridad total" a "perfecta claridad" acontece en las producciones esquizofrénicas a un ritmo acelerado. (19, pag. 107).

A.- EJEMPLO DEL GRUPO EXPERIMENTAL
ESQUIZOFRENIA SIMPLE.

PSICODIAGNOSTICO DE ASOCIACION DE PALABRAS.

NOMBRE: Paciente No. 16 EDAD: 37 SEXO: M ESCOLARIDAD: 2o año de primaria.
OCUPACION: Campesino. HORA INICIO: 12 TERMINO: 12:30 ACTITUD: Pasivo-agresiva.
FECHA: 3-III-63 EXAMINADOR RMAB. DIAGNOSTICO: Esquizofrenia Simple.
EVOLUCION: 14 años.

PALABRA ESTIMULO	T.R.	PALABRA-REACCION.	CALIFICAC.	T.R.	RE-TEST	CALIFICACION Reacción-Retest	CALIFICACION Estímulo-Retest
MUNDO	3"	flor	D	30"	B	B	B
AMOR	2"	rosa	D	20"	B	B	B
PADRE	6"	o no sea	RM/CF	6"	B	B	B
SOMBRERO	4"	sombrero	RT	4"	sombra	RP	RP
PECHO	6"	como	RPr/B	10"	B	B	B
CORTINAS	7"	como no	RPr/B	7"	recuerdo	ARM/MD	I
BAUL	7"	como aula	RM/AF	5"	jaula	ARM/AF	I
BEBIDA	10"	como ví	RM/AF	5"	ví	RP	AF
FIESTA	2"	como flor	RM/D	8"	festival	ARM/D	RP
DEFECAR	4"	como un pensamiento	RM/I	4"	de pensar	RM/RP	RM/AF
LIBRO	1"	libro	RT	5"	libertad	AF	AF
LAMPARA	1"	foco	MD	1"	foco	RT	MD
FELPUDO	15"	glomeración	I/N	6"	vértigo	MD	I
SILLA	5"	no fulminante	RM/CF	6"	B	B	B
NOVIO	3"	antecedente	MD	10"	B	B	B
PENE	5"	como flor	RM/I	5"	sí	D	RPr/B
OBSCURIDAD	2"	como sol	RM/MD	10"	B	B	B
DEPRIMIDO	1"	conforme	Def.	8"	confortaxión	AF/N	N
PRIMAVERA	1"	estación, otoño	MD	2"	estación	RT	
VAJILLA	3"	compresión	I/N	15"	farina	I/N	AF
SUICIDIO	8"	confortaxión	I	6"	amor	D	D
MONTAÑA	7"	como hablar	RM/I	6"	como bajar	RM/I	RM/D
CASA	2"	como jacal	RM/MD	3"	es como aula	RM/D	RM/D
PAPEL	5"	como block	RM/MD	3"	como flor	RM/I	RM/I
HOMOSEXUAL	6"	siamental	I/N	4"	compresión	I/N	I/N

PALABRA-ESTIMULO	T.R.	PALABRA-REACCION	CALIFICAC.	T.R.	RE-TEST	CALIFICACION Reacción-Retest	CALIFICACION Estímulo-Retest
RAYO	1"	comprexión	I/N	10"	como rayo	RM/I/N	RM/I
[illegible]	4"	amor sexual	RM/D	7"	B	B	B
PERSIANA	4"	ablaxión	I/N	4"	perseguida	I	AF
[illegible]TUDIARSE	2"	dirección	I	18"	B	B	B
[illegible]GO	2"	como mar	RM/AF	16"	marcar	ARM/AF	RP
HOMBRE	2"	como espiritual	RM/MD	2"	como hombro	RM/I	RM/AF
ORGASMO	3"	como diligencia	RM/I	2"	holgazán	ARM/I	D
CINE	4"	como diversión	RM/MD	3"	cine	ARM/MD	RT
TAJO	6"	despresión	I/N	5"	como tajo	RM/I	RM/RT
RISA	1"	flor	I	1"	burla	I	MD
HOMOSEXO	1"	confortaxión	I/N	4"	será como peñazco	RM/I	RM/I
MUJERES	12"	disprexiones	I/N	7"	como mujeriega	RM/I	RM/RP
BAILE	3"	conmisión	I/N	3"	como fiestas	RM/I/N	RM/MD
PERRO	4"	connaxión	I/N	10"	como persial	RM/I/N	RM/AF
HUJA	5"	desprexión	I/N	9"	hijos	I/N	RP
TAXI	10"	ahoraxín	I/N	10"	B	B	B
MADRE	6"	como diligencia	RM/I	2"	morada	D	D
[illegible]NA	6"	mensualidad	AF	2"	mensualidad	RT	AF
[illegible]STEC	10"	conforta	CF	6"	leite	I	I
[illegible]ZON	5"	como lluvia	RM/I	2"	mesón	ARM/I	AF
CAMARA	4"	desprexión	I/N	5"	B	B	B
AGUA	10"	enfertexion	I/N	6"	agual	I/N	AF
[illegible]AR	3"	es como amar	RM/AF	3"	amar	ARM/RP	AF
CABALLO	5"	cobro	CF	3"	corre	D	CF
FUEGO	4"	moralidad	I	10"	B	B	B
VAGINA	15"	bajar	AF	10"	trabajo	I	D
GRANJA	6"	espiritual	I	11"	B	B	B
SOCIAL	1"	recomendar	MD	2"	socialidad	MD	RP
[illegible]O	2"	abustexión	I/N	7"	hijier	I/N	AF
IMPUESTOS	2"	complexión	I/N	2"	imponer	I	CF
[illegible]CO	10"	como planta	RM/MD	13"	B	B	B
[illegible]DAD	9"	fertilis	I	3"	ciudadano	I	RP
[illegible]DA	5"	contesta	I	1"	comprexión	I	I
HOSPITAL	2"	emprecide	I/N	4"	hospitalidad	I/N	RP
[illegible]MER	25"	docomentación	I	4"	documentación	AF	D

[illegible] DE LA PRUEBA DE RORSCHACH

PALABRA-REACCION				P. PRODUCCION		RELACION REAC/REPRODUC.				RELACION ESTIMULO/REAC
REACCIONES PROXIMAS:				PERTURBACIONES		REPRODUCCION FALSA E I.				Significación patológica de las perturbaciones serias y ambiguas:
B	2	AF	6	Serias:		D+rR	27	REA	0	
MO	0	CF	4	I	21	RSI	1	ASPA	0	
RT/P	2	P	9	B	13	ARM	9	ARAS	0	Relac. + perturbaciones reproductivas y las iniciales:
Def.	1	RM	22	t'	21	ARV	0	AV	0	
RPr.	2	Af	0			RECUERDO:		RcFyR	6	
RSM	0	A	0	Benignas:		N/Rc	14	DRc		
				RTEcCRRI:	5	RcECE	0			
REACCIONES DISTANTES				RPEcCRRI:	6					Relac+Reproducciones y estímulos traumaticos:
I	31	MD	2							
D	4	N	17							

TP: % 6 T/R % 5" Reproducción % 5

Perturbaciones reproductivas s/que se conformen + que la reacción inicial a las instrucciones y a la tendencia popular: 26

D+rR pero mejorando la relación + palabra estimulo y reproducción: 11

CLAVE DE LOS TIPOS DE PERTURBACION ASOCIATIVA DURANTE R E - T E S T:

RTEcCRRI: Reproducción totalmente errónea, que guarda cierta relación con la reacción inicial. RPEcCRRI: Reproducción parcialmente errónea que guarda cierta relación con la reacción inicial. (t': Tiempo de reacción prolongado)

D+rR: Distancia entre la reacción y la reproducción.
RSI: Reversión del sexo implicado. AV: Abandono de un viraje.
ARM: Abandono de una respuesta múltiple; ARV: abandono de R vulgar.
REA: Reversión del estado anímico. RcFyR: Recuerdo falso y relacionado.
N/Rc: Ningún recuerdo. DRc: Demora en el recuerdo. ASPA: Abandono de la significación patológica de perturbaciones ambiguas.
RcECE: Recuerdo erróneo corregido espontáneamente.
ARAS: Abandono de una respuesta ambigua seria.

CLAVE DE LOS TIPOS DE PERTURBACION ASOCIATIVA DURANTE EL PERIODO DE ASOCIACION LIBRE:

Bloqueo	B	Asociación Fonomimética	AF	Reacciones Múltiples	RM
Mención de Objetos	MO	Completamiento de Frase	CF	Reacciones Afectivas	Af.
Repetición Total y Parcial	RT/P	Imágenes	Im	Reacciones Alternadas	RA
Definiciones e Intentos de:	Def.	Atributos	A	Reacciones Vulgares	RV
Reacciones Próximas	RPr.	Reacciones Inconexas	I	Audición Equivocada	AE
Referencia a sí mismo	RSM	Reacciones Distantes	D	Neologismos	N
Perseveración	P	Reac. Medianamente Dist.	MD		

B.- EJEMPLO DEL GRUPO CONTROL.

PSICODIAGNOSTICO DE ASOCIACION DE PALABRAS.

NOMBRE: Sujeto No. 19 EDAD: 27 SEXO: ESCOLARIDAD: 5o. año de primaria
OCUPACION: mozo HORA INIC: 19 TERM: 19:30 ACTITUD: colaboradora.
FECHA: 16-VI-63 EXAMINADOR RMAB. DIAGNOSTICO:

PALABRA ESTIMULO	T.R.	PALABRA-REACCION.	CALIFICAC.	T.R.	RE-TEST	CALIFICACION Reacción-Retest	CALIFICACION Estímulo-Retest
MUNDO	5"	tierra	MD	1"			
AMOR	5"	desvelo	MD	2"	enamorado	MD	RP
PADRE	3"	madre	MD	1"			
SOMBRERO	3"	sombrilla	MO	1"			
PECHO	10"	B	B	1"	B	B	B
CORTINAS	2"	persianas	MD	1"			
BAUL	2"	cofre	MD	1"			
BEBIDA	5"	comer	MD	1"			
FIESTA	4"	feria	MD	1"			
DEFECAR	4"	B	B	1"	B	B	B
LIBRO	3"	librero	RP	1"			
LAMPARA	2"	luz	MD	1"			
FELPUDO	10"	B	B	1"	B	B	B
SILLA	2"	mesa	MD	1"			
NOVIO	3"	enamorado	Def	1"			
PENE	5"	B	B	1"	B	B	B
OBSCURIDAD	3"	claridad	MD	1"	luz	MD	MD
DEPRIMIDO	3"	depresión	RP	1"	B	B	B
PRIMAVERA	1"	otoño	MD	1"			
VAJILLA	3"	ollas	MD	1"			
SUICIDIO	2"	crimen	MD	1"			
MONTANA	2"	cerros	MD	1"			
CASA	3"	pagar	CF	1'			
PAPEL	4"	papelería	RP	1"			
HOMOSEXUAL	10"	B	B	1"	B	B	B

PALABRA ESTIMULO	T.R.	PALABRA-REACCION	CALIFICAC.	T.R.	RE-TEST	CALIFICACION Reacción-Retest	CALIFICACION Estímulo-Retest
[illegible]	3"	camión	MD	1"			
[illegible]	3"	novio	MD	1"			
PERSIANA	5"	cortinas	MD	1"			
[illegible]	5"	B	B	1"	B	B	B
[illegible]	1"	puerta	MD	1"			
HOMBRE	2"	mujer	MD	1"			
ORGASMO	4"	B	B	1"	B	B	B
CINE	2"	teatro	MD	1"			
TAJO	5"	B	B	1"	B	B	B
RISA	4"	contento	Def.	1"			
MORDISCO	5"	B	B	1"	B	B	B
MUJERES	7"	mujer	RP	1"			
BAILE	5"	bailadora	RP	1"			
PERRO	2"	gato	MD	1"			
HOJA	2"	madre	MD	1"			
TAXI	3"	coche	Def.	1"			
MADRE	4"	hijo	MD	1"			
MESA	3"	banco	MD	1"			
BISTEC	2"	comida	MD	1"			
PEZON	4"	B	B	1"	B	B	B
CARRERA	3"	lenta	A	1"			
AGUA	4"	río	MD	1"			
[illegible]	4"	nana	MD	1"	B	B	B
CABALLO	4"	correr	MD	1"			
FUEGO	5"	quemar	MD	1"			
VAGINA	5"	B	B	1"	B	B	B
GRANJA	5"	aves	MD	1"			
SOCIAL	3"	sociedad	RP	1"			
[illegible]	3"	padre	MD	2"	madre	RSI	MD
IMPUESTOS	3"	sobre	RPr.	1"			
[illegible]	3"	tabaquería	RP	1"			
CIUDAD	2"	México	CF	1"			
COPULA	3"	B	B	1"	B	B	B
HOSPITAL	2"	enfermos	MD	1"			
DOCTOR	3"	curación	MD	1"			

NOTA: la variable B en el retest significa "repitió nada" (en la primera fase de la prueba.)

PALABRA ESTIMULO	T.R.	PALABRA-REACCION	CALIFICAC.	T.R.	RE-TEST	CALIFICACION Reacción Retest	Estímulo-Retest
[illegible]	3"	camión	MD	1"			
[illegible]	3"	novio	MD	1"			
PERSIANA	5"	cortinas	MD	1"			
[illegible]	5"	B	B	1"	B	B	B
MARCO	1"	puerta	MD	1"			
HOMBRE	2"	mujer	MD	1"			
ORGASMO	4"	B	B	1"	B	B	B
CINE	2"	teatro	MD	1"			
TAJO	5"	B	B	1"	B	B	B
RISA	4"	contento	Def.	1"			
MORDISCO	5"	B	B	1"	B	B	B
MUJERES	7"	mujer	RP	1"			
BAILE	5"	bailadora	RP	1"			
PERRO	2"	gato	MD	1"			
HIJA	2"	madre	MD	1"			
TAXI	3"	coche	Def.	1"			
MADRE	4"	hijo	MD	1"			
MESA	3"	banco	MD	1"			
BISTEC	2"	comida	MD	1"			
PEZON	4"	B	B	1"	B	B	B
CARRERA	3"	lenta	A	1"			
AGUA	4"	río	MD	1"			
[illegible]	4"	nana	MD	1"	B	B	B
CABALLO	4"	correr	MD	1"			
FUEGO	5"	quemar	MD	1"			
VAGINA	5"	B	B	1"	B	B	B
GRANJA	5"	avea	MD	1"			
SOCIAL	3"	sociedad	RP	1"			
[illegible]	3"	padre	MD	2"	madre	RSI	MD
IMPUESTOS	3"	sobre	RPr.	1"			
[illegible]	3"	tabaquería	RP	1"			
CIUDAD	2"	México	CF	1"			
COPULA	3"	B	B.	1"	B	B	B
HOSPITAL	2"	enfermos	MD	1"			
DOCTOR	3"	curación	MD	1"			

NOTA: la variable B en el retest significa "nodije nada" (en la primera fase de la prueba.)

P R O T O C O L O D E E V A L U A C I O N

DE LA PRUEBA DE 'OR B I S O N'

PALABRA-REACCION

REACCIONES PROXIMAS:

B	11	AF	0
MO	1	CF	2
RT/P	7	P	0
Def.	3	RM	0
RPr.	1	Af	0
RSM	0	A	0

REACCIONES DISTINTAS

I	0	MD	33
D	0	N	0

R E P R O D U C C I O N

P E R T U R B A C I O N E S

S e r i a s:

I	0
B	14
t'	0

B e n i g n a s:

RTEcCRRI:	3
RPEcCRRI:	0

RELACION REAC/REPRODUC.

REPRODUCCION FALSA E I.

D+rR	0	REA	0
RSI	1	ASPA	0
ARM	0	ARAS	0
ARV	0	AV	0
RECUERDO:		RcFyR	3
N/Rc	0	DRc	0
RcECE	0		

RELACION ESTIMULO/REPR

Significación patológica de las perturbaciones serias y ambiguas: ninguna

Relac. + perturbaciones reproductivas y - las iniciales: lógica

Relac+Reproducciones- y estímulos traumaticos: lógica

Perturbaciones reproductivas s/que se conformen ± que la reacción inicial a las -- instrucciones y a la tendencia popular: ninguna

D+rR pero mejorando la relación + palabra estímulo y reproducción: ninguna

'P' % 68 T/R % 3" Reproducción % 76

C L A V E DE LOS TIPOS DE PERTURBACION ASOCIATIVA DURANTE R E - T E S T:

RTEcCRRI: Reproducción totalmente errónea, que guarda cierta relación con la reacción inicial. RPEcCRRI: Reproducción parcialmente errónea que guarda -- cierta relación con la reacción inicial. (t': Tiempo de reacción prolongado)

D+rR: Distancia entre la reacción y la reproducción.
RSI: Reversión del sexo implicado. AV: Abandono de un viraje.
ARM: Abandono de una respuesta múltiple; ARV: abandono de R vulgar.
REA: Reversión del estado anímico. RcFyR: Recuerdo falso y relacionado.
N/Rc: Ningún recuerdo. DRc: Demora en el recuerdo. ASPA: Abandono de la significación patológica de perturbaciones ambiguas.
RcECE: Recuerdo erróneo corregido espontáneamente.
ARAS: Abandono de una respuesta ambigua seria.

C L A V E DE LOS TIPOS DE PERTURBACION ASOCIATIVA DURANTE EL PERIODO DE ASOCIACION LIBRE:

Bloqueo	B	Asociación Fonomimética	AF	Reacciones Múltiples	RM
Mención de Objetos	MO	Completamiento de Frase	CF	Reacciones Afectivas	Af.
Repetición Total y Parcial	RT/P	Imágenes	Im	Reacciones Alternadas	RA
Definiciones e Intentos de:	Def.	Atributos	A	Reacciones Vulgares	RV
Reacciones Próximas	RPr.	Reacciones Inconexas	I	Audición Equivocada	AE
Referencia a sí mismo	RSM	Reacciones Distantes	D	Neologismos	N
Perseveración	P	Reac. Medianamente Dist.	MD		

B I B L I O G R A F I A

1 SHAFFER & LAZARUS:"Fundamental Concepts in Clinical Psychology", McGraw-Hill Book Company, Inc. New York, Toronto, London, 1952.

2 BELL J.E: "Técnicas Proyectivas", Editorial Paidos, Buenos Aires, 1951.

3 GARRETT H. E: "Las Grandes Realizaciones de la Psicología Experimental". Fondo de Cultura Económica, México, Buenos Aires, 1958.

4 BELA SZEKELY: "Los Tests. Manual de Técnicas de Exploración Psicológica", Editorial Kapelusz, Buenos Aires, 1960.

5 JUNG, C.G. "The association method. Amer. J. Psychol., 1910,21,219-269.

6 SHAFER, R. "A study of thought processes in word association test. Char. and Persn., 13 (1945)213.

7 KARWOSKI, T.F.,& BERTHOLD, F., JR. Psychological studies in semantics. II. Reliability of free association tests. J. soc. Psychol., 1945, 22, 87-102.

8 MORAN, L.J. "Vocabulary knowledge and usage among normal and schizophrenic subjects. Psychol. Monogr., 1953,67 No. 20. (Whole No. 370).

9 MORAN, L. J., MEFFERD, R.B., JR., & KIMBLE, J.P., JR. -- Standarization of psychometric and psychodiagnostic tests for daily measurements in psychopharmacological research. Trans Fourth Res. Conf. on Chemotherapy in Psychiat. Vet. Admin., 1960a,4,135-138.

10 MORAN, L. J., MEFFERD, R.B., JR., & KIMBLE, J.P., JR. The objective measurement of psychopathology in longitudinal-studies. Trans. Fifth Res. Conf. on Coop. Chemotherapy - Stud. in Psychiat. & Res. Approaches to ment. Illness. - Vet. Admin., 1960b,5, 106-111.

11 NOYES, ARTHUR P. "Psiquiatría Clínica Moderna", La Prensa Médica Mexicana, 1961.

12 BLEULER EUGEN, "Demencia Precoz. El Grupo de las Esquizofrenias". Ediciones Hormé. Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

13 RAPAPORT DAVID, "Tests de Diagnóstico Psicológico" Editorial Paidos, Buenos Aires, 1959.

14 FREUD SIGMUND, "Obras Completas" Vol. II, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.

15 BELLAK, LEOPOLDO, "Schizophrenia: a Review of the Syndrome" Logos Press, New York, 1958.

16 MINKOWSKI, E. "La Esquizofrenia. Psicopatología de los Esquizoides y los Esquizofrénicos", Editorial Paidos, Buenos Aires, 1960.

17 ALEXANDER FRANZ Y ROSS HELEN, "Psiquiatria Dinámica", Editorial Paidos, Buenos Aires, 1958.

18 MAYER GROSS, W. "Psiquiatria Clínica", Editorial Paidos, Buenos Aires, 1958.

19 SULLIVAN, H.S. "La Esquizofrenia como un Proceso Humano" Herrero Hnos., Suc. S.A. Editores, México, 1964.

20 MULLAHAY PATRICK, "Oedipus, Myth and Complex. A Review of Psychoanalytic Theory", Hermitage Press, Inc. New York, 1948