

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PSICOLOGIA

Estudio Comparativo en un Grupo de Esquizofrénicos
bajo Terapéutica Insulinica

ESTE LIBRO FUE DONADO A LA
BIBLIOTECA POR:

Dr. Julian Mac Gregor

FECHA: mayo del 2001

T E S I S
PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
MA. ELENA ISABEL BURKART MARTINEZ

1 9 7 0



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A la memoria del maestro Guillermo Dávila, a quien le debo toda mi admiración y respeto por haber sido mi guía durante toda mi carrera — y especialmente durante la iniciación de este trabajo.

TPs- 560

RECONOCIMIENTO

Deseo manifestar mi profundo -
agradecimiento al Doctor Salvado
dor Millán, por su valioso estí-
mulo y constante cooperación a
lo largo de la elaboración del-
presente trabajo.

A la memoria de mi Padre

A mi madre

A mi tía

A mis maestros

RESUMEN

CAPITULO		Pág.
I	PRESENTACION DEL PROBLEMA	2
II	REVISION DE LA LITERATURA - ESQUIZO FRENIA	5
III	TECNICAS DIRECTIVAS	47
IV	INSULINA	74
V	SUJETOS, MATERIAL Y PROCEDIMIENTO	85
VI	MANEJO ESTADISTICO	93
VII	ANALISIS DE LOS RESULTADOS	132
VIII	SUMARIO Y CONCLUSIONES	136

CAPITULO I

CAPITULO I

EL PROBLEMA

El uso del tratamiento de la terapéutica insulínica nació -- casi simultáneamente con la terapéutica convulsionante y la terapéutica convulsivamente farmacológica de la psicosis esquizofrénica. Fué Sakel quien la introdujo en 1933, Von Moduna empezó a utilizar terapéutica por gas carbógeno independientemente de Sakel en 1936. Siguió des--pués el tratamiento convulsivante eléctrico, introducido por Cerletti y Binni en 1938. Sakel observó consecutivamente el tratamiento con éxito del síndrome de abstinencia de morfina con la insulina a dosis de -- sub-coma y que estados profundamente hipoglicémicos que se habían -- producido accidentalmente ejercían un efecto marcadamente beneficioso sobre casos de psicosis.

Se han propuesto diversas teorías para explicar el mecanismo de acción terapéutica del coma insulínico, pero es desconocido y-- solo empíricamente se ha podido establecer su valor. El tratamiento básico, con la técnica originariamente elaborada y descrita en detalle -- por Sakel, se ha difundido ampliamente y todavía es considerado como un método que debe seguirse.

Las modificaciones mentales, neurológicas y de la conducta que tienen lugar durante el tratamiento del coma insulínico, son de dos clases: modificaciones exógenas, producidas directamente por la hipoglicemia, iguales en los esquizofrénicos y en modificaciones endógenas, consistentes en cambios de los síntomas de la psicosis. Este último tipo de modificaciones refleja indudablemente la interacción entre el proceso hipoglicémico, la personalidad total, la psicopatología del paciente y la constelación psicosocial existentes en las condiciones del tratamiento. Según diversos autores, los efectos de la hipoglicemia se suceden siguiendo un orden regular de regresión filogenética - afectándose primeramente los niveles más elevados y más recientemente adquiridos del neuroeje y después, gradualmente los más antiguos.

Por lo antes dicho podemos deducir que entre las modificaciones endógenas consistentes en cambios de síntomas, existen algunos cambios significativos respecto a la personalidad del individuo.

Por lo tanto, la hipótesis del presente trabajo es que a través de las técnicas proyectivas se puedan llegar a percibir las modificaciones entre el inicio, el transcurso y el final del tratamiento.

CAPITULO II

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Dada la enorme cantidad de literatura que se ha realizado respecto al tema "Esquizofrenia", ésta revisión se va a circunscribir a aquellos aspectos que se relacionen con el tratamiento insulínico. (Krapelín (1855-1926) (Arieti, Interpretación de la Esquizofrenia).

Este autor no se interesó en el significado psicológico de los síntomas de la denominada Demetia Praecox, no obstante, a través de sus penetrantes observaciones aportó una excelente descripción clínica del trastorno (Arieti 1965).

Su contribución más importante es la de haber agrupado bajo el nombre de "Dementia Praecox" una serie de síndromes que hasta antes de ese tiempo se consideraban como entidades aisladas, dando así unidad al padecimiento conocido actualmente como Esquizofrenia.

Bleuler (1857-1930 Demencia Precoz). Bleuler es cronológicamente el segundo autor importante que contribuye a la comprensión de la esquizofrenia.

Para este autor, la Dementia Praecox no necesariamente progresa hacia la demencia. Lo considera como un desorden caracterizado principalmente por una alteración de la facultad de asociación y

por un rompimiento de las funciones básicas de la personalidad y propone que al término puede ser reemplazado por el de Esquizofrenia de Schizín dividir y phren=mente (Arieti, 1959 Interpretación de la Esquizofrenia).

Bleuler insiste en su aseveración de que la capacidad de presentar emociones no ha desaparecido en la Esquizofrenia. La actividad está trastornada e incluso puede estar oculta tras una indiferencia o pérdida aparente de interés, pero no ausente.

Entre otras de sus importantes aportaciones a la Psiquiatría se encuentran los conceptos de ambivalencia y autismo que son introducidos por Bleuler. Por ambivalencia se entiende la tendencia de la psique (esquizofrenia) a otorgar simultáneamente un índice positivo y otro negativo a un mismo objeto. Esta ambivalencia se manifiesta en la esfera afectiva, en la volitiva y en la intelectual.

Por autismo,, quiere expresar la pérdida de contacto del enfermo con el mundo externo, la vida interior asume una importancia patológica; vive su propio mundo por lo cual se rige de una forma de pensamiento no lógico y propio.

Bleuler hace una doble agrupación de los síntomas esquizofrénicos; el grupo de los síntomas fundamentales y accesorios y el gru-

po de los síntomas primarios y secundarios.

Los síntomas fundamentales son los que están presentes en todos los casos y en todos los períodos de la enfermedad. Estos síntomas son: trastornos en la asociación del pensamiento, disociación ideafectiva, ambivalencia y autismo. En cambio los síntomas accesorios durante el curso de la misma, son: las alucinaciones, ideas delirantes, síntomas catatónicos, etc.

Los síntomas primarios son los fenómenos parciales necesarios de la enfermedad y los considera manifestaciones directas de un proceso patológico somático, hipotético.

Los síntomas secundarios pueden estar ausentes o pueden -- cambiar sin que cambie el proceso patológico y Bleuler pensó que eran de origen psíquico.

Freud (1856-1939)

La importancia de las contribuciones de Freud en el campo de la esquizofrenia es enorme, ya que toda su teoría psicoanalítica es tá directa o indirectamente relacionada con ella. De los conceptos más importantes introducidos por este autor y que condujeron a una revisión de este padecimiento se encuentran principalmente: proyección, repre
sión, regresión y narcisismo.

Freud explica que así como en las neurosis, la represión -- constituye el núcleo del mecanismo psíquico, igualmente en las psicosis sucede tal mecanismo, solo que en este caso la defensa es más enérgica y eficaz. El yo rechaza la representación intolerable conjuntamente con su afecto, y se conduce como si la representación no hubiese llegado jamás a él huyendo a la psicosis, cayendo en la "locura alucinatoria" en la que el Yo se separa de la representación intolerable, pero como ésta se halla inseparablemente unida a un trozo de la realidad, al desligarse de ella, el Yo se desliga también total o parcialmente de la realidad. (Freud, 1948, pág, 220)

Más adelante Freud expone la interpretación dinámica de un caso, que al principio parecía ser paranoia crónica, pero que más tarde se reconoció como un caso paranoide de demencia praecox. Aquí considera que una parte de los síntomas de la paranoia, las ideas delirantes de desconfianza y la persecución, tienen su origen en la defensa primaria. Lo reprochado es reprimido por un procedimiento llamado proyección, transfiriéndose la desconfianza sobre otras personas. (Freud 1948, pág, 230)

A los otros síntomas los considera como "síntomas del retorno de lo reprimido", los que surgen en la conciencia sin una transac--

ción, como en las neurosis, por lo que el Yo tiene que adaptarse a ellos surgiendo así la "manía de interpretación" que termina en una modificación del Yo (Freud, 1948, pág. 231)

Además del término proyección, también se refiere al de regresión y al de narcisismo, cuando trata de explicar los síntomas esquizofrénicos.

Por regresión entiende un retorno a niveles anteriores de integración, reemplazando este concepto al de deterioración en la esquizofrenia. (Arieti, 1965).

Con respecto al narcisismo, Freud considera que la libido se aparta del mundo exterior y se dirige al Yo (Freud 1948, pág. 1097) Este concepto es usado al tratar de aplicar su teoría de la libido a la interpretación de la esquizofrenia.

Jung (1875-1961)

Las contribuciones más importantes de Jung para el estudio de la esquizofrenia se pueden resumir en cinco puntos:

1.- Fué el primero en aplicar por completo los concepto psicoanalíticos a la esquizofrenia. Describió la existencia del complejo autónomo y percibió que la afectividad era la fuerza dinámica del complejo.

2.- Fué el primero en ver las posibilidades de participación psicósomática del sistema nervioso central en la esquizofrenia, si bien no formuló su concepto en estas palabras.

3.- Trató de hacer una descripción de la personalidad del esquizófrénico, identificándola con el tipo introvertido, en contraposición a la personalidad del histérico, que identificó con el tipo extrovertido.

4.- Adelantó la teoría del inconsciente colectivo. Opinando que muchos síntomas de la esquizofrenia son la reproducción de arquetipos depositados en el inconsciente colectivo.

5.- Pensaba que la esquizofrenia era debida a una fuerza no habitual del inconsciente, lo que hace que existan un número anormal de tendencias atávicas que ya no se ajustan a la vida moderna (Arieti, 1965)

Adolfo Meyer (1866-1950)

Interpretación de la Esquizofrenia. S. Arieti. Pág. 16, 17 y 18.

Proclamó que debería estudiarse al paciente en sentido "longitudinal" desde el comienzo de su vida deberían ser investigados y examinados todos los factores que pudieran haber contribuido a la situación mental.

Así, Meyer llegó a convencerse de que la demencia praecox era el resultado de una acumulación de desórdenes habituales o hábitos faltos de reacción. El individuo que es incapaz de enfrentarse con los problemas y dificultades de la vida y tiene que encargarse con fracaso tras fracaso, puede tenderse hacia lo que Meyer llamó reaccio

nes sustitutivas.

Al principio, estas nuevas costumbres parecen como "subterfugios triviales e inofensivos", como son las fantasías diurnas, la meditación, el decremento de interés, etc: pero más tarde se vuelven perniciosos, ingobernables y tienden a asumir mecanismos definidos, como alucinaciones, ilusiones, bloqueo, etc.

Meyer consideró que se debían calificar los hechos principales que aparecen en el historial de la mayoría de los casos, como -- una "cadena natural de causa y efecto". Comprendió la demencia praecox como "el usual e inevitable resultado de: 1.- conflictos de instintos ó conflictos de complejos de experiencia y 2.- incapacidad de un ajuste inofensivo y constructivo.

Así pues, la mayor aportación de Meyer fué su insistencia en el estudio longitudinal del paciente y la importancia que dió a los factores psicógenos.

Sullivan (1892-1949)

Es el psicoanalista americano que aportó las contribuciones más valiosas a la comprensión de la esquizofrenia, así como de su tratamiento, según opina Arieti (1965). La gran aportación de Sullivan consiste en la interpretación de la Psiquiatría como el estudio de las relaciones interpersonales.

Para Sullivan las personas esquizofrénicas tienen características semejantes a los de cualquier otro ser humano. Inclusive sus símbolos y procesos de pensamiento no muestran nada que sea ajeno a la gama del pensamiento ordinario, tampoco de aquél que ocurre durante el sueño y el ensueño. Es como un todo, una adaptación peculiarmente inadecuada de los procesos cognocitivos a las necesidades de la vida adulta. Es un trastorno en el cual la experiencia total del individuo es reorganizada hay una gran erupción de funciones primitivas del pensamiento en imágenes complejas y también se encuentra, al menos temporalmente, una alteración profunda de la estructura del ego, el sentido de autoestimación (Sullivan, 1962).

Mas adelante explica: En cada caso de esquizofrenia, se encuentra en la historia del individuo, un punto en el cual aconteció, lo que se podría llamar, un desastre a la autoestimación. Este evento es ayudado subjetivamente por el estado que identificamos con el término de pánico. (Sullivan, 1962, pág. 213).

Sullivan piensa que la etiología de la esquizofrenia debe ser buscada en acontecimientos que involucran al individuo. La ocurrencia de esta enfermedad debe ser explicada basándose en los facto-

res experienciales, más que en referencia a un trastorno hereditario o primordialmente orgánico, pues para Sullivan, el trastorno primario de esta enfermedad se encuentra en la estructura mental (1962)

A continuación agrega que " La esquizofrenia es significativa solamente en su contexto interpersonal, sus características solamente pueden ser establecidas por un estudio de la interrelación del esquizofrénico (Sullivan 1962 , pág. 214).

Con esto se ve claramente la importancia que Sullivan da a la influencia de las relaciones interpersonales; factor descuidado por los autores anteriormente descritos.

Según este autor, las actitudes de los padres determinan las respuestas de los hijos. La personalidad o el Yo (self) del niño se forma de las " valoraciones reflejadas", es decir, evaluaciones procedentes de los padres. La ansiedad de la madre, su enfado o desaprobación, causa también en el niño malestar y ansiedad. Puede sentirse muy dañado en el desarrollo de la propia estimación; puede disociar de la conciencia lo que es desagradable y recurrir a una " interpretación falseada " de una relación interpersonal. Si esto no se corrige el paciente tendrá cada vez menos reconocimiento del valor de sus manifestaciones.

Esta falta de conocimientos necesariamente aumentará las dificultades de las relaciones interpersonales. (Arieti 1965).

Para Sullivan, una persona es definitivamente esquizofrénica, cuando la regresión de sus operaciones de seguridad, forzada por las relaciones interpersonales paratáxicas, amenaza realmente su supervivencia.

Considera al estado esquizofrénico como al escuela del pánico en el que, la solución relativamente conveniente del conflicto por medio de la resimbolización y la sustitución, ha fracasado y todo lo que queda de las operaciones de seguridad, por medio del dinamismo del Yo, es un repudio de los síntomas, ahora que excesivamente significativos (Sullivan, 1959).

Según esta autor, en los estados esquizofrénicos ha sido universalizado un estado de conflicto y a los sistemas de tendencias provocadoras de conflicto se le ha dado una personalidad independiente con mayor poder que el Yo.

En lugar de ansiedad hay temor y a menudo terror (1959). Sullivan hace una distinción entre el término esquizofrenia y el término dementia praecox. Por dementia praecox entiende, una enfermedad orgánica degenerativa, generalmente de desarrollo insidioso.

En cambio explica su concepción sobre la esquizofrenia, como un trastorno del vivir no del sustrato orgánico (1959).

Para Sullivan, no hay tipos de esquizofrenia, sino únicamente algunas series típicas de acontecimientos que pueden ser observadas en los estados esquizofrénicos.

Cuando una persona cae en un estado esquizofrénico, siguiendo ese mismo curso sin interferencia, se le denomina estado catatónico. En este estado, está profundamente preocupada por reconquistar un sentido de seguridad.

Cuando el paciente es atrapado por las fuerzas significativas trascendentales y mágicas comprende súbditamente que todo eso es obra de una determinada persona o personas, el proceso va tomando un colorido paranoide, y si con esto disminuye notablemente su sufrimiento, desarrollará un estado esquizofrénico paranoide. Para Sullivan, ésto es un mal pronóstico porque la sistematización paranoide es tan beneficiosa para la paz de espíritu de la persona, y su logro en el curso de un trastorno esquizofrénico significa una mejoría tan grande en materia de seguridad que rara vez renuncia a ella.

Sullivan hace una diferencia entre el desarrollo paranoide y los coloridos persecutorios de los estados catatónicos o incipientes —

de la esquizofrenia. Esta diferencia depende de la aparición de una falsificación retrospectiva y anticipada de la experiencia referente a una persona o grupo personificado.

Más adelante describe otro tipo de estado esquizofrénico que llama "dilapidación hebefrénica" y se caracteriza por un marcado aislamiento, desintegración de los hábitos sociales y una dilapidación o empobrecimiento de los aspectos emocionales de la vida, principalmente. Este estado puede manifestarse al comienzo de un estado esquizofrénico o como terminación de un estado catatónico prolongado o también puede presentarse en cualquier condición esquizofrénica que no haya manifestado una marcada tendencia a la recuperación (Sullivan 1959).

Fromm-Reichmann (Psicoterapia de las Psicosis)

Fromm-Reichmann también da más importancia a los aspectos humanos de la esquizofrenia que a la clasificación de la sintomatología (1962).

Considera al esquizofrénico como una persona que ha tenido graves experiencias traumáticas en la temprana infancia de una época en la que su Yo y su aptitud para examinar la realidad todavía

no estaban desarrolladas. Estas tempranas experiencias traumáticas, generalmente originadas por una madre " esquizofrenizante ", parecen proporcionar la base psicológica de la influencia patogénica de las frustraciones de años ulteriores.

En esta temprana época el niño vive grandiosamente en un mundo narcista que le es propio. Aparentemente algo vago e indefinido que él no diferencia aún, atiende a sus deseos y necesidades. Con frecuencia los deseos del niño son satisfechos sin haber sido expresados, lo que a él le parece producto de su pensamiento mágico.

Las experiencias traumáticas sufridas en este período de la vida, causarán más daño a la personalidad que las que se producen en etapas posteriores, tal como se encuentra en las historias de los psiconeuróticos. La psique del niño es más vulnerable cuanto menos sea su edad. Además la temprana experiencia traumática abrevia el único período de la vida en el cual el individuo goza, generalmente de una completa seguridad poniendo de tal modo en peligro la posibilidad de almacenar una reserva razonable de seguridad y confianza en sí mismo que él mismo usarán posteriormente en su lucha por la vida.

Debido a esto un niño en estas circunstancias quedará con siderablemente más sensibilizado por las frustraciones de la vida ulte -

rior de lo que estará a causa de una experiencia traumática sufrida en una etapa posterior. Es por esto que muchas de las experiencias ulteriores de la vida, que significan poco para una persona "sana" y no mucho para un psiconeurótico ocasionan al esquizofrénico un alto grado de dolor y padecimiento. Su resistencia contra la frustración se agota fácilmente.

Debido a la temprana lesión y a la subsiguiente cadena de frustraciones que sufre el esquizofrénico antes de ceder finalmente a la enfermedad, es que se muestra extremadamente suspicaz y desconfiado ante todo el mundo.

Uno de los medios de defensa contra la herida que se recibe de afuera y de reacción hostil contra ella, desde adentro es el apartamiento de intereses del mundo exterior y de las demás personas. Pero a pesar de su retraimiento narcisista, todo esquizofrénico posee una noción de la irrealidad y soledad de su mundo delirante sustitutivo. Anhela un contacto y comprensión humanas pero teme admitirlo ante sí mismo o ante los demás, por miedo a una nueva frustración, por su desconfianza de los demás y también por su propia hostilidad que él aborrece, junto con la profunda ansiedad que suscita ese odio.

BELLAK

Leopold Bellak (Esquizofrenia 1962)

La esquizofrenia es un síndrome psiquiátrico, no una enfermedad única. Los síntomas generalmente asociados a este diagnóstico (que presentan cierta variabilidad) deben interpretarse como una etapa final común a cierto número de estados patológicos que pueden conducir a (ó manifestarse por) una grave perturbación del yo.

Tales estados varían entre una debilidad psicógena relativamente pura del ego y las perturbaciones del funcionamiento del ego debidas a infecciones, arteriosclerosis, trastornos enzimáticos o tóxicos a factores constitucionales o genéticos.

Los síntomas de la esquizofrenia consisten en diversas formas del mal funcionamiento del yo, tales como: aparición de formas primarias del pensamiento; escaso dominio sobre los instintos; defectuosa relación con la realidad en cuanto a adaptación y a líbido; malas defensas; perturbación de algunas funciones autónomas; bajo nivel de la función sintetizadora del yo.

Las características de los trastornos graves del yo son idénticas a los signos y síntomas formales de la esquizofrenia tal como fueron descritos por Kraepelin y Bleuler.

Las perturbaciones extremas del pensamiento, la movilidad y la percepción tal como se observan en la categoría, de la paranoia, la hebefrenia y la esquizofrenia simple, pueden ser interpretados dinámicamente como trastornos del yo.

Habiendo tomado el concepto "yo" del modelo tripartita - establecido por Freud: ego, super-ego y ello. En base a este modelo - asume la adquisición, posición y ejecución de las siguientes funciones la relación con la realidad, la regulación y control de los impulsos, - las relaciones de objeto, los procesos de pensamiento, las funciones de defensas, las funciones autónomas y la función de síntesis.

Para Bellak, estas funciones del yo se encuentran perturbadas en la esquizofrenia de la siguiente manera:

Los trastornos de la relación con la realidad. Divide esta relación con la realidad en tres aspectos que son: capacidad de adaptación, interpretación de la realidad y sentido de la realidad.

Respecto a los trastornos de la capacidad de adaptación - se refiere al medio y al trabajo dado que toda desviación de la relación y actividad acostumbradas del sujeto deja desconcertado al individuo. Toda nueva tarea o situación ejerce sobre él un efecto desorganizador.

nizador. Se retráen a un tipo de actividad que requiere poca atención, gastando un número de energía al proceder en una forma rutinaria.

Trastornos de la interpretación de la realidad. Proyecta el esquizofrénico sus deseos, racionaliza, niega la realidad o la deforma para servir a sus necesidades. Una capacidad de juicio muy escasa y la presencia de alucinaciones y delirios son las más dramáticas manifestaciones de la perturbación de la esfera de interpretación de la calidad.

Trastornos del sentido de la realidad. Constituyen un frecuente motivo que determina al paciente a consultar al psiquiatra. La sensación del "ya visto" (Deja vu) de falso recuerdo, de haber visto - anteriormente una cosa que en realidad se presencia por primera vez, - se produce con frecuencia al grado que todas las personas y las cosas - le resultan familiares.

La onirofrenia, como síntoma o como síndrome, se caracteriza por la sensación de que todo cuanto al paciente rodea, es solo un sueño. El delirio cósmico de fusión con el mundo, de formar parte de los árboles, de entender el "lenguaje de los pájaros", de sentir en su interior los sentimientos de otras personas es una frecuente perturbación del sentido de la realidad en los esquizofrénicos.

Trastornos en la regulación y control de impulsos. Se presentan de muy diferentes formas que se manifiestan desde la falta más o menos completa de la adquisición del dominio sobre las funciones excretoras hasta la adquisición incompleta o pérdida de la regulación de conductas más complejas. Presentan en ocasiones accesos de cólera, enuresis nocturna, tics, etc.

La pérdida del dominio sobre los impulsos también son características. Personas que eran antes tranquilas y retenidas se convierten bruscamente en hiperactivas y alborotadoras. Personas anteriormente muy inhibidas sexualmente se entregan de pronto al desenfreno sexual. Individuos que eran pasivos y complacientes se transforman en agresivos.

En la patología esquizofrénica, la naturaleza del impulso y el intento de dominarlos se revelan a menudo en el contenido y la forma de delirio, la alucinación y el comportamiento motor, que pueden considerarse como soluciones de compromiso entre las fuerzas antagonistas.

Trastornos de las relaciones de objeto. Se manifiestan de muchas formas y constituyen la principal materia de estudio de toda -

investigación psicodinámica.

A pesar de ello, se ha observado que no existe necesariamente una relación precisa entre el grado de trastorno de la relación con el objeto y las manifestaciones patológicas.

Bellak opina que, probablemente la mayoría de los autores estarán de acuerdo en que muchos pacientes con trastornos del carácter, deben considerarse como más narcisistas que muchos esquizofrénicos presentes ó pretéritos, ni sea posible que aparezcan en el futuro. En cambio, hay pacientes esquizofrénicos que tuvieron ó tienen todavía, una buena relación con los objetos, incluso en la fase edípica o que tienen, cuando menos, una relación con los objetos tan buena, como la de muchos neuróticos.

Por consiguiente, aunque la presencia de relaciones con el objeto de tipo narcisista, pueden servir para confirmar que se trata de una psicosis, no puede utilizarse su presencia o ausencia para decidir el diagnóstico, en contra de lo que pretendían los primeros pugnadores de la teoría de lo líbido.

Este criterio establece una importante diferencia entre la teoría esencialmente libidinosa de la psicosis, sustentada en décadas

anteriores y la concepción actual, en la que se considera para el establecimiento del diagnóstico, el funcionamiento global del ego. Entre esos trastornos de la relación con el objeto, se encuentran, entre otros, las enfermedades psicotóxicas, el narcisismo, las relaciones simbióticas, la ambivalencia y el sadomasoquismo.

Trastornos de los procesos de pensamiento. Se caracterizan por la aparición de las características formales del proceso primario, el cual está más organizado y dirigido por los impulsos. La lógica antista (en sustitución del pensamiento bien dirigido), las relaciones asociativas laxas y absurdas y la deformación de la realidad, que se produce de numerosos modos. Ausencia de localización en el tiempo, en el espacio, antropomorfismo concretismo, sincretismo con tendencias que se asemejan a las características de los sueños que señala - - Freud: condensación, desplazamiento, cambio por el opuesto, identidad de opuestos, uso de la parte en lugar del todo simbolismo, etc. Las características formales del pensamiento esquizofrénico son idénticos a las del proceso primario.

Trastornos de las funciones defensivas. La pérdida de funciones defensivas se inclina en gran parte con el concepto de deficien

cia de la función sintetizadora del yo. Si falta represión y emerge a la superficie el proceso primario, el paciente es incapaz de mantener una conducta coherente; están disminuídas la concentración mental, - la memoria y la eficiencia en general. Parece como si fuera tanta la energía gastada en la función de la barrera del yo (contra la catexis) que apenas queda para la función adaptativa espontánea. Un resultado frecuente de esa situación es la hiperreaccionabilidad del estado - del humor, característica de la esquizofrenia aguda incipiente. El - defecto de represión puede ser causa de sensaciones de " ya visto ", aumento de parapraxias de toda clase, perturbaciones leves del control y la falta de dominio sobre los impulsos. Una regulación exagerada - de la afectividad, la ideación y la actividad motora puede constituir el último dique contra la franca irrupción de la esquizofrenia.

La falta de represión puede evidenciarse también en sueños perturbadores poco disimulados y fenómenos hipnagógicos aterroriza - dores. La debilitación de la represión se manifiesta más intensamente en las ocasiones en que el yo se encuentra normalmente debilitado.

Se observa especialmente que los rasgos caracteriales pue - den transformarse en una forma de defensa neurótica y luego en fenó - menos psicóticos tales como delirios y alucinaciones, presentándose -

después los mismos fenómenos en sucesión inversa; una formación reactiva contra la hostilidad en forma de convertirse en un delirio religioso en el que el paciente cree ser Jesucristo (proyectándola hostilidad en el medio), que salva al mundo de la destrucción, es decir, de los impulsos desconectivos del propio paciente .

Trastornos de las funciones autónomas. Pueden estar afectadas ciertas funciones autónomas sin que lo estén otras. Especialmente el talento matemático, destacando también en actividades lingüísticas y artísticas, sorprendiendo por su gran inteligencia y eficiencia.

El talento matemático puede desarrollarse en sustitución de las relaciones de objeto de naturaleza menos abstracta y reemplazar a la relación por medio del lenguaje . Algunas funciones del yo están más desarrolladas porque se vieron especialmente favorecidas en las primeras fases de la evaluación del individuo a expensas de otras funciones del yo.

Trastornos de la función sintetizadora del yo. Se refiere a la dificultad que tiene el yo para la ordenación jerárquica de causa y efecto, para diferenciar entre figura y fondo y para evitar el uso de la parte por el todo, dado que la función sintetizadora supone capaci

dad para unir, ligar y crear.

Las funciones del yo anteriormente mencionadas pueden estar afectadas en los enfermos esquizofrénicos con mayor regularidad o mayor profundidad que otras. El trastorno más ampliamente aceptado como criterio para el diagnóstico de la esquizofrenia es la presencia del proceso de pensamiento primario, factor que con más frecuencia se asocia con una extrema debilidad del yo.

Bellak ha realizado investigaciones acerca de la personalidad del paciente esquizofrénico. Respecto a la capacidad de empatía los resultados señalan que ésta es inferior a la de las personas normales, excepto en los "privilegiados" en los que incluso puede aumentar.

El nivel de aspiración es más alto y hay una adherencia más rígida a los objetivos que se han fijado a sí mismos, sobre todo en la esquizofrenia paranoide. La tolerancia a la frustración es menor que en las personas normales. La cantidad de hostilidad es semejante pero el control es distinto.

Sobre las actitudes de los padres de esquizofrénicos, se encuentran comunmente las siguientes: rechazo manifiesto, particularmente en las madres; sobreprotección, rechazo disimulado, actitudes

ambivalentes y desavenencias conyugales.

Laing (El Yo Dividido)

Laing (1960) difiere de los conceptos de la psiquiatría - y de la psicopatología clínicas, ya que él trata de explicar el punto - de vista fenomenológico existencial, de caracterizar la naturaleza de la experiencia que una persona tiene a su mundo y de sí mismo. En - cambio el enfoque clínico se reduce a abarcar solamente algunas de las maneras de ser esquizoide o de volverse esquizofrénico, desde un punto de vista esquizoide .

Laing, se refiere en igual forma al individuo esquizoide - que al esquizofrénico, pues para que un individuo se vuelva esquizofrénico, es necesaria la presencia de una condición esquizoide, la - diferencia es únicamente el grado.

La palabra esquizoide designa a un individuo en el que - la totalidad de sus experiencias está dividida de dos maneras principa - les: hay una brecha en su relación con su mundo y una ruptura en su - relación consigo mismo .

Tal persona no es capaz de experimentar a sí mismo - - " junto con " otros o " como en su casa " en el mundo, sino que se ex - perimenta a sí mismo en una desesperante soledad y completo aisla - -

miento; además no se experimenta a sí mismo como una persona completa, sino más bien como si estuviere " dividido " de varias maneras como una mente más o menos tenuemente ligada a un cuerpo como dos o más yos y así sucesivamente.

Para Laing, es básica la seguridad ontológica (como adjetivo de " ser "), pues son numerosos los problemas que surgen cuando hay una inexistencia parcial o casi completa de la " seguridad ontológica primaria ". Una persona ontológicamente segura saldrá al encuentro de todos los azahares de la vida social, ética, espiritual y biológica, desde un sentido centralmente firme de su propia realidad e identidad, así como de la de los demás personas.

La inseguridad ontológica ocasiona innumerables angustias en cambio, cuando una persona está segura de su propio ser, esas angustias no surgen ni remotamente con la misma fuerza o persistencia, puesto que no hay motivo para que surgan y persistan de esa manera.

Cuando una persona es ontológicamente insegura, no parece poseer un sentido de esa unidad básica con uno mismo, que puede persistir a través de los conflictos más intensos, sino que más bien, parece experimentarse a sí misma como si estuviese dividida en un - -

cuerpo y mente. Sintiéndose, generalmente, más identificados con la " mente " .

Esta división surge como un intento de enfrentarse a la subyacente inseguridad básica. Esto puede ser un medio de vivir efectivamente con ella o incluso un intento de trascenderla. Pero está expuesto también a perpetuar las angustias para las cuales es, en cierta medida, una defensa y puede constituir el punto de partida de un proceso que culmina en la psicosis. Esta última posibilidad está constantemente presente si el individuo comienza a identificarse a sí mismo, con excesiva exclusividad, con aquella parte de sí que considera no-encarnada, o sea separada de un cuerpo.

El Yo busca, desencarnándose, trascender el mundo y por lo tanto sentirse seguro. Es así, que el yo esquizoide tiene que comprenderse como un intento de alcanzar seguridad secundaria, respecto a los peligros primordiales que lo acosan en su original inseguridad ontológica.

Laing distingue entre el yo encarnado y el yo no-encarnado. Dice que todo el mundo, aún la persona menos encarnada, se experimenta a sí misma como ligado inextricablemente a un cuerpo o en su

cuerpo. Estas personas se experimentan a sí mismas como si estuvieran " encarnadas " o provistas de un cuerpo. Esto da origen a dos situaciones existenciales básicas diferentes: la esquizoide y la no-esquizoide. Sin embargo, esto no significa que el individuo auténticamente basado en su cuerpo, sea una persona completamente unificada e íntegra, pero sí que al menos posee un punto de partida integral al respecto.

Dicho punto de partida, será la condición previa de una jerarquía de posibilidades diferentes de las que se ofrece a la persona que se experimenta a si misma en función de un dualismo yo-cuerpo. En este caso, siente el cuerpo como si fuese médula de un falso Yo. A este Yo, separado del cuerpo, la llama Laing " yo no-encarnado ", que es una especie de contemplador de lo que hace el cuerpo, sin comprometerse directamente en nada. Este Yo se vuelve hiperconsciente, trata de poner sus propias imágenes. Establece una relación consigo mismo y con el cuerpo muy compleja.

En la condición esquizoide, lo que el individuo considera como su verdadero yo, es experimentado como si estuviese más ó menos divorciado del cuerpo, y la experiencia y las acciones corporales se entienden como si formaran parte del sistema de un falso yo.

El falso yo al que se refiere Laing, es diferente a aquel - que lleva la persona normal, también difiere de la falsa fachada que - mantiene el histérico. Este falso yo, en cambio, es trascendente, existe en el esquizoide como un complemento de un " yo " interior ocupado en mantener su identidad y libertad, es no-encarnado y por tanto - es imposible de captar, fijar, ser poseído. Su meta es ser un puro sujeto, sin ninguna existencia objetiva. De este modo, el individuo esquizoide trata de considerar la totalidad de su existencia objetiva como la expresión de un falso yo.

Cuando el individuo esquizoide erige defensas, lo hace - contra la pérdida de una parte de su cuerpo. Todo su esfuerzo está -- dirigido a preservar su yo. Es un intento de presevar un ser precariamente estructurado.

En la estructuración del carácter esquizoide, por otra parte, hay inseguridad en la colocación de los fundamentos y una rigidez compensatoria en la estructura.

Si la totalidad del individuo no puede defenderse, la persona retrae sus líneas de defensas hasta retirarse a una fortaleza central. Está dispuesto a anular todo lo que es, salvo su " yo ". Pero la

paradójica trágica consiste en que, cuánto más se defiende el yo de - esta manera, tanto más es destruido. La evidente destrucción y disolución finales del yo en la esquizofrenia es llevada a cabo no por ataques externos del enemigo (real o supuesto) desde afuera, sino por la devastación causada por las mismas maniobras defensivas internas.

Es así que la irrealidad de las percepciones y la falsedad e inutilidad de toda actividad son las consecuencias necesarias de que la percepción y la actividad estén disminuidas por un falso yo, por un sistema parcialmente disociado del " verdadero yo " el cual, por tanto, está excluido de participación directa en la relación del individuo con otras personas y con el mundo.

De tal manera se experimenta una pseudodualidad en el - propio ser del individuo que la persona no actúa en la realidad y sólo obra en la fantasía. El mundo " real " se encoge y empobrece.

Como se ha podido apreciar, cada uno de los autores anteriormente descritos, en alguna forma señalan un cambio en la evolución de la manera de considerar al paciente esquizofrénico. Al principio - el interés se centró en la descripción de la sistomatología y poco a poco se fué intensificando el interés por comprender a los pacientes des-

de un punto de vista psicológico, de cómo se sienten a sí mismos y a los de más.

S. Arieti (Interpretación de la Esquizofrenia) (1965)

Este autor da suma importancia a los factores psicodinámicos de la esquizofrenia .

Define a esta enfermedad como sigue: " Una reacción específica ante un estado extremo de ansiedad, que se origina en la infancia y que se acelera más tarde en la vida por factores psicológicos"

Esta reacción específica consiste en la adopción de mecanismos mentales arcaicos que permanecen a niveles más bajos de integración .

En la medida en que el resultado es una regresión, pero no una integración en niveles inferiores, se produce un desequilibrio que origina más regresión, a veces a niveles más bajos aún del necesario para que sean posibles determinadas percepciones ". (Arieti, 1965, Pág. 319).

Como este autor se basa en los conceptos de Sullivan, para él las relaciones del niño con sus padres son básicas para la formación de su personalidad. Considera que el ser humano además de la necesidad que tiene de satisfacer necesidades físicas, tiene una necesidad muy importante, la de seguridad. El niño necesita seguro; ésta

seguridad nace del amor y la aprobación de sus padres. El niño aprende también a formarse idea de su propio papel en la vida, desde el punto de vista de todos los participantes de su mundo interpersonal.

La valoración de los demás deberá labrar su propia estimación. La comprensión de sus funciones y la aceptación de las mismas, así como la identificación con los adultos que lo rodean, lo capacitarán para organizar un sentimiento de auto-identidad. La imagen que el niño elabora de sí mismo se basa en la propia estimación y en la autenticidad, así como por supuesto, en la imagen corporal.

Sin embargo, a veces el niño no está rodeado por ésta rodeado por ésta atmósfera de amor, aceptación y aprobación. Su deseo de autoestimación y autorrealización se ve truncado por las influencias destructivas que ejercen sobre él las personas que lo rodean.

Sin embargo, a veces el niño no está rodeado por esta atmósfera de amor, aceptación y aprobación. Su deseo de autoestimación y autorrealización se ve truncado por las influencias destructivas que ejercen sobre él las personas que lo rodean. Su seguridad se siente atacada y se origina ansiedad. Pero como precisa de los adultos para sobrevivir, tiene que aceptar las influencias destructivas que pue

de tomar por buenas y considerar necesarias. El niño que se encuentra en esta atmósfera de disgusto y ansiedad intentará protegerse utilizando diversos mecanismos de defensa.

Entre esos mecanismos de defensa se encuentra el que se refiere a la organización de la propia imagen del "yo malo" (Sullivan, 1953) o de ser un niño malo. El niño al sufrir el rechazo de uno de los padres, generalmente la madre, trata desesperadamente de conservar una imagen buena de ellos, con frecuencia la imagen que construyó durante el primer año de vida. Quiere sentir que la madre es buena. Si la madre es punitiva y origen de ansiedad, no es porque sea malévola, si no porque el niño es malo.

La conservación de la imagen buena de la madre resulta posible al apartar de la conciencia la mayoría de los rasgos desagradables de la misma. Así el niño tendrá dos imágenes de la madre: la imagen buena, que es consciente, y la imagen mala, que permanecerá inconsciente. Es preferible para el niño conservar la imagen de la madre buena, en forma consciente, porque así la madre lo querrá aunque él sea malo. Aunque es la madre quien contribuye principalmente a producir condiciones generadoras de ansiedad, generalmente se encuentra en la his

toria de esquizofrénicos que ambos padres han frustrado al niño, con frecuencia por diferentes razones.

La combinación que con mayor frecuencia se presenta en los Estados Unidos, según este autor, es la de una madre dominante, regañona y hostil que no permite al niño autoafirmarse, casada con un hombre dependiente, inseguro, demasiado débil para ayudar al niño, perjudicando así al hijo tanto como lo hace la madre.

Otra posibilidad menos frecuente en Estados Unidos, pero bastante común, según Arieti, es la de un padre despótico casado con una madre sumisa, que ha aceptado incondicionalmente la autoridad de su marido, lo cual no le permite dar suficiente amor al niño. Esto ocasiona sentimientos generadores de ansiedad.

Con una atmósfera como las anteriormente descritas, el niño está en constante expectación de ser desaprobado y trata desesperadamente de prever posibilidades de desaprobación, intentando vanamente evitarlas, volviéndose así exageradamente sensible al más leve indicio de reproche.

Como otros niños, el preesquizofrénico intentará hallar medios de relación que disminuyan su ansiedad, a veces sometiéndose, otras siendo

agresivo y hostil.

Pero al ver que sus padres no pueden aceptar ni obediencia ni hostilidad, se separa emocionalmente, volviéndose retraído, frío e inactivo. La carencia de contactos sociales afectivos induce a estos niños a una vida llena de fantasía y a una excesiva cavilación sobre temas como lo es el que se refiere a su propia identidad sexual. Estos niños preesquizofrénicos muestran incertidumbre acerca de lo que será su sexo cuando crezcan. La causa más común de esta incertidumbre es que el niño al ser rechazado por ambos padres tiende también a desestimarlos, y por eso no logra una clara identificación sexual con ninguno de los padres. Además de confusión e incertidumbre sobre el propio sexo, el niño - preesquizofrénico tiene exagerado el sentimiento de omnipotencia, que no ha sido corregido por sus padres como ocurre con el niño normal al irse enfrentando paulatinamente con la realidad.

Esta personalidad prepsicótica descrita puede ser de dos tipos : la personalidad esquizoide y la personalidad tempestuosa. Estos dos tipos de personalidad se establecen en la infancia como resultado de las relaciones que el individuo ha tenido con sus padres, pero que en el transcurso de los años se van haciendo progresivamente más notorias y adquier-

ren un perfil determinado después de la pubertad.

La personalidad esquizoide no desarrolla siempre una esquizofrenia, -
pues la mayoría permanecen en este estado. El ser que tiene una per-
sonalidad esquizoide se muestra apartado, menos emotivo, cauteloso;
pero en realidad en un plano inconsciente es muy sensible, pero ha -
aprendido a esquivar la ansiedad por medio del distanciamiento físico
de situaciones capaces de despertar ansiedad y reprimiendo emociones.
En esta forma el esquizoide logra una pseudosolución, privandose de -
una buena parte de su vida, pero al actuar así puede hacer que la par-
te de su vida que continúa viviendo sea todavía más desagradable o -
inestable. Aumentan su hostilidad inconsciente y su resentimiento; su
aislamiento emocional y social no son suficientes para protegerlo por -
entero de la ansiedad. Por otra parte, alberga deseos no manifiestos
de volver a conectarse con la vida emocional y social de la que él mis_
mo ha tratado de apartarse. Esta carencia de emoción no se debe a -
una represión de sentimiento simplemente pues además es una formación
reactiva a un exceso de sensibilidad. A pesar de esta apatía e indife_
rencia, existen algunos signos que indican como la hipersensibilidad se
halla presta a manifestarse.

Cuando el paciente era niño tenía cierto optimismo en lo referente al mundo y al futuro; creía que el mundo iba a ser bueno con él cuando fuera mayor. Pero al llegar a la pubertad se da cuenta de que la situación familiar podría haber sido mucho mejor para él; también siente que el mundo va a ser malo y malo solamente para él, y que esto es así porque existe algo malo en él.

Los mecanismos de defensa se vuelven cada vez mas incapaces de abarcar esta situación. La ansiedad no se puede encubrir por más tiempo, por el contrario, va en aumento y finalmente se experimenta con la misma violencia que en la primera infancia. La conducta se vuelve cada vez más simbólica. Finalmente la ansiedad se experimenta como pánico actual, a no ser que se movilicen otras defensas, ahora ya psicóticas.

Sin embargo, existen factores que pueden demorar o incluso impedir la psicosis y otros que en cambio provocan su aparición.

Entre los factores que pueden demorar o impedir la psicosis está la habilidad del paciente para utilizar defensas neuróticas adicionales.

Por otra parte, las situaciones que favorecen la aparición de las psicosis son episodios que provocan violentamente un insulto repentino a su

propia estimación y aumentan exageradamente su ansiedad.

El otro tipo de personalidad que puede originar una esquizofrenia es -aquella que Arieti designa como personalidad tempestiva o violenta.

Estas personas no han encontrado en su aislamiento una solución, sino que en su intento de ganar la aprobación y amor paterno y de evitar su desaprobación, ensayan todo tipo de actitudes. Estos cambios son generalmente súbitos, violentos y drásticos.

Además estas personas tienen cierta incapacidad para elaborar una imagen relativamente estable de sí mismo.

Tampoco puede establecerse un sentimiento constante de identidad de sí mismo.

Estas personas son a veces complacientes hasta un grado de extrema sumisión, otras veces son agresivas y hostiles; raras veces se aíslan completamente. Cuando no están aislados, sufren gran angustia; la ansiedad gobierna su vida. Son como esquizoides que hubieran sido privados de la protección de sus defensas esquizoides. Por esto resultan tan vulnerables; cualquier pequeño acontecimiento es capaz de desencadenar una crisis. En general, la vida de estas personas consiste en una serie sucesiva de crisis.

La solución psicótica sobreviene cuando todas las defensas han fallado a estas dos personalidades; cuando el paciente es incapaz de contrarrestar la ansiedad y sobreviene un estado de pánico. No ha encontrado la forma de ajustarse a la realidad, ahora tiene que cambiar la "realidad", entrando así a la psicosis, que es su último intento para resolver sus dificultades.

Desde que se inicia en la infancia la personalidad preesquizofrénica, hasta que finalmente cae en la psicosis, el paciente recorre las siguientes fases :

En la primera fase explota una potencialidad para servirse de mecanismos arcaicos que están adormecidos en cada ser humano. Recurren a esos métodos cuando los demás han fallado para disminuir la ansiedad y preservar la propia personalidad. En esta fase, el paciente mantiene una lucha entre el mundo de la realidad y el de sus síntomas. Sigue experimentando ansiedad.

En el segundo estadio, ha cesado la lucha entre la realidad y la enfermedad. No hay trastorno emocional aparente. El paciente ha retrocedido más a un nivel arcaico inferior. Predomina el razonamiento paleológico y la desocialización. El paciente parece haber aceptado a él.

Necesita una nueva regresión.

En el tercer estadio su vida voluntaria está tan desgastada que determinados hábitos primitivos adquieren predominio.

En el estadio terminal muchos pacientes presentan alteraciones casi neurológicas. Estas alteraciones indican una regresión a un nivel, en el que ni siquiera existen muchas de nuestras corrientes percepciones.

Arieti opina que hay determinadas características en las relaciones del paciente con sus padres, que originarán tipos específicos de esquizofrenia, según hayan sido estas características.

Al referirse a los pacientes paranoides explica, que los factores que predisponen a desarrollar este tipo de esquizofrenia son las siguientes: Los padres del paranoide no critican a los pacientes por sus acciones, como sucede con los hebefrénicos, sino que generalmente los acusan por sus intenciones o por su mentir. El niño aprende a defenderse previniendo estas acusaciones, haciéndose inquieto y desconfiado, obien desarrollando una facilidad para racionalizaciones. Puede desarrollar varias tendencia. Puede ser sumiso, aunque suspicaz, teniendo constantemente ser atacado, ofendido o acusado. En otros casos predomina el deseo de defenderse, surgen racionalizaciones y defensas pseu -

dolegales, pudiendo no ser psicóticos manifiestos. Otros casos, en vez de enforzar su atención a defensas pseudorracionales, se hacen sensibles a la hostilidad, exagerando y generalizando.

Se relatan muchos casos paranoide en la literatura psicoanalítica en los que se encuentra homosexualidad latente, pero según Arieti, al hablar de su experiencia en este tipo de casos, esto no es un factor necesario. Opina que existe una incertidumbre acerca de su propia sexualidad y una defectuosa adaptación sexual, más que un modelo homosexual definido.

CAPITULO III

CAPITULO III

TECNICAS PROYECTIVAS

A la palabra "proyección" se le han asignado diferentes aceptaciones:

Freud desde 1894 (Artículo "Las neuropsicosis de Defensa"), lo considera como un mecanismo de defensa utilizado por el yo; atribuir a otras personas caracteres, estructuras emocionales y relaciones sociales más propias del que las asigna, que de las demás personas. D. Rapaport, nos indica que la hipótesis proyectiva general sostiene que las manifestaciones de la conducta de una persona - incluyendo las menos y más significativas o anómalas, son otros tantos índices de su personalidad, sin embargo, él afirma que considera que hay proyección en los tests cuando la estructura psicológica del sujeto se torna palpable en sus acciones, reacciones, elecciones, producciones, creaciones, etc.

Así pues, si se interpreta adecuadamente, cualquier -

conducta deberá servir como índice de la individualidad y de sus características de adaptación e inadaptación.

Para Bellak (1959) la proyección, tal como se usa dentro de la técnica proyectiva, es un tipo de apercepción distorsionada. Para este autor las distorsiones aperceptivas son el polo opuesto de la hipotética percepción objetiva. Estas distorsiones aperceptivas se deben a la influencia de apercepciones pasadas sobre apercepciones presentes. Según Bellak las técnicas proyectivas dan por hecho que el su jeto proyecta sus propias necesidades y presiones y que estas aparecen en sus respuestas a los estímulos ambiguos.

T.D. 8 H.

Machover 1949. Indica que la utilización del dibujo de la figura humana se inició en forma empírica principalmente y que fué un trabajo que tomó 15 años, de recolección y análisis del material clínico recolectado en hospitales y clínicas de observación mental. Fué al aplicar el test de "Goedenough" dibujo de un hombre, para obtener el cociente intelectual que se descubrió al estudiar cuidado-

samente los dibujos individuales, que muchas veces se obtenía rico - material clínico sin relación con el nivel intelectual del sujeto.

Niños que obtenían el mismo cociente intelectual hacían dibujos notoriamente distintos e individualizados. También se observó que niños tímidos veían en el dibujo una oportunidad de descargar sus fantasías, ansiedades y culpas. Estas comunicaciones gráficas probaron ser de tal valor clínico que los dibujos de las figuras humanas fueron pronto incorporados a los procedimientos clínicos de rutina y extendidos a pacientes de todas las edades.

Machover opina que toda actividad creadora lleva el sello específico de conflicto y necesidades que presionan al individuo que está creando. Necesariamente el individuo se ve en la necesidad de efectuar una selección cuando intenta resolver el problema contenido en la orden dada al iniciar la prueba "dibuje usted una figura humana". Dicha orden necesariamente envuelve la identificación a través de la proyección y de la introjección.

La interpretación del dibujo procede de la hipótesis de-

que la figura dibujada está relacionada íntimamente con el individuo que está dibujándola. El dibujo representa, según Machover, la expresión de sí mismo o del cuerpo en el ambiente. El cuerpo, el propio yo, es el punto de partida más íntimo de referencia para cualquier actividad.

En el curso del crecimiento se han llegado a asociar -- sensaciones, percepciones y emociones con ciertos órganos del cuerpo, lo que en alguna forma debe guiar al que dibuja en la estructura específica y contenido de la persona dibujada.

Schilder en 1935, en su libro "The Image and Appearance of the Human Body" usó la expresión "imagen del cuerpo" y la describió como la "figura de nuestro cuerpo que nos formamos en la mente". Así mismo, notó que los dibujos pueden estudiarse durante el análisis en la misma forma que el material brindado por los sueños. Observó los elementos gráficos, tales como las líneas rectas, las curvas y los ángulos y sus relaciones en la interpretación de la agresión, agudeza e irregularidad del contorno, proporciones, tamaños, imper-

fecciones, etc. Dedujo que en los dibujos había aspectos estructurales relativamente persistentes, que reflejaban los elementos básicos de la personalidad. Fué esta la base para utilización estimable del dibujo de figuras como técnica proyectiva.

Desde entonces, los dibujos de figura se han usado extensamente en el campo de la psicología clínica.

Machover fundamenta su test del "dibujo de una persona" que consiste en pedirle al sujeto que dibuje una persona, después la del sexo opuesto a la dibujada primero y una vez hechos los dos dibujos se le pide que relate una historia acerca de ellos.

El test de Buck utiliza los dibujos de una casa y un árbol agregados a los de la persona. Sus razones nacidas de una experiencia clínica, son que "cada uno de los objetos dibujados" se deben considerar como un auto-retrato, dado que cualquier dibujo es capaz de reflejar la proyección del yo.

Caligor, pensó que la riqueza del material mencio-

nado sería mucho más valiosa si se pudiera descifrar progresivamente. Un solo dibujo dejaba muchos interrogantes sin contestar ¿ Qué hará una figura si pudiera caminar y hablar ? pensó refiriéndose a la creación de Schilder, ¿ qué haría, si se le diera a la figura un medio ambiente con el cual debiera competir y relacionarse ? ¿ Evitaría actuar ? ¿ Actuaría ? ¿ Estructuraría su propio ambiente ? .

En 1947, Caligor comenzó a comprender que una serie de dibujos relacionados entre sí podría responder a algunos de esos interrogantes. Como resultado de muchos experimentos, Caligor llegó al método de obtener una serie de dibujos. Después que el individuo hubo terminado el dibujo colocó una hoja de papel transparente sobre el mismo y le pidió que dibujara nuevamente una persona. Eso dió al sujeto la oportunidad de agregar, sustraer, cambiar o dejar el dibujo como era originalmente. Se repitió siete veces, cada dibujo de la serie estaba relacionado con el que le precedía. Este método estaba convertido en el protocolo básico para el test de dibujo en 8 hojas: es simplemente un conjunto de ocho dibujos que se relacionan entre sí.

Validez de la prueba. La validez de esta prueba se encuentra aún -
sujeta a discusión. A continuación se mencionan algunas opiniones al
respecto:

Fisher (G.A. Preliminary Investigation of Schizo -
phrenia Indicators in the Machover Test, Bull mant Psychol. Ass. 1952,
11-14), comparó individuos esquizofrénicos y normales a base de diver -
sas características del dibujo que Machover propuso como distintivos -
de la esquizofrenia (omisión de brazos, gran desproporción, confusión
de perfil y vista de frente). No obtuvo diferencias significativas uti -
lizando los once indicadores propuestos. No obstante Alexler y Holy -
berg (J.D.M. Further Study of the Validity of Human Form Drawing -
in Personality Evaluation J. proj. tech. 1952, 16, 249-51) hallaron -
diferencias significativas entre esquizofrénicos y normales empleando -
un amplio número de características del dibujo, sus resultados origina -
les han sido comparados en nuevos grupos de individuos.

El estudio de Modell A. H. Changes in Human Figu -
re Drawings by Patients who Recover from Regressed States, Amer. J.

Orthopsychiest 1951, 40, 118-46), a pesar de que podía ser valioso - para el clínico, especialmente dentro de una batería de test.

Otro estudio demostró que el T.D.8 H. se presentaba a evaluaciones objetivas. Se incorporó al T.D. 8 H. una escala de identificación masculina y femenina. El fundamento de la misma fueron los dos aspectos que se podían observar fácilmente en el dibujo: el sexo y su madurez física.

Basándose en un simple procedimiento de pintaje, - fué posible situar al individuo en una escala de siete puntos que abarcaba la identificación adulta con el propio sexo, pasando desde la -- identificación infantil con el sexo indiferenciado hasta la identifica - ción adulta con el sexo opuesto.

La experiencia de este test siguió demostrando que sus aspectos estructurales se prestaban a evaluaciones cuantitativas. El autor vió, cada vez más, la necesidad de encarar el test en una - forma estructural claramente definida. Notó que mientras el conteni - do era frecuentemente irregular e incierto en una serie de tests y repe-

tiones de los mismos tests de los dibujos del T.D.8 H. la presencia de aspectos estructurales era relativamente constante.

La experiencia clínica demostró una consistencia - relativa de un dibujo a otro en la interpretación de las consecuencias dinámico-estructurales.

Los aspectos estructurales parecían ser lo bastante - aparentes como para que se pudiera transmitir potencialmente de examinados a examinador. Alentado por la adaptabilidad de la prueba a la evaluación cuantitativa, según lo evidenció el estudio de la identificación masculina y femenina, su meta fué entonces la formación de un fundamento estructural que se pudiera transmitir y que fuera relativamente constante para cualquier persona y dentro del cual se pudiera interpretar el contenido.

Se redactó un sistema de puntaje, preparado para - evaluar los aspectos aparentes de los protocolos, que el autor consideró clínicamente significativos y medibles potencialmente.

Se confeccionó un manual y luego se puso a prueba.

Los puntajes del manual se establecieron en valores de desviación de una norma estadística próxima a los puntajes modales obtenidos con sujetos normales.

Se basaron en experiencias clínicas e investigaciones experimentales.

El T.D. 8 H. fué administrado entonces a dos grupos, uno de estudiantes universitarios y otro de enfermos esquizofrénicos que se hallaran hospitalizados.

La escala de puntajes correspondientes a los estudiantes universitarios, en el T.D. 8 H., fué de 0-6, y el puntaje de los enfermos fué de 6 a 66. Esto demostró la idoneidad del sistema formulado para diferenciar claramente los grupos sobre la base de un puntaje objetivo de los rasgos estructurales. Desde entonces, el T.D. 8 H. se ha usado tanto para la aplicación colectiva como individual. Este test se aplica a personas que se encuentran entre los 7 y los 70 años de edad.

Test de Apercepción Temática.

Fué concebido por H. A. Murray como test proyectivo de la personalidad. Se entienden según Rapapont, los test que se basan en el concepto que supone una hipótesis proyectiva general a saber, la de que las manifestaciones de la conducta de una persona - incluyendo las menos y más significativas o anómalas) son otros tantos índices de su personalidad caracterizándola su falta de estructuración y su eficiencia, para indicar la configuración psicológica del sujeto - a través de sus esfuerzos activos y espontáneos por "estructurar" el material de prueba.

Se ha dado en llamar proyectivas a las respuestas obtenidas dentro de un marco de este tipo. Hay proyección en los tests cuando la estructura psicológica del sujeto se torna palpable en sus acciones, reacciones, elecciones, producciones, etc.

La técnica proyectiva supone la existencia de aspectos no concientes de la personalidad, el material de prueba y las instrucciones son indirectas, sobre aquellos aspectos de su estructura psicológica de las cuales no tiene consecuencia y es incapaz por lo -

tanto, de comunicar directamente.

El T.A.T. indica como se refleja la dinámica de la personalidad del sujeto en su experiencia subjetiva y cuales son las ideas y conflictos que maneja con los medios que le ofrecen su personalidad y la estructura de su inteligencia. En el T.A.T. el sujeto -- puede servirse de cualquier parte o aspecto de la lámina del test como punto de partida y puede hacer hincapié en cualquier parte de la historia pertinente, ya se trate del pasado, del presente o del futuro, o de los sentimientos o pensamientos de los personajes. La historia -- puede hallarse arraigada en un recuerdo, en un estereotipo o en clase social; puede describir lo que el sujeto se imagina que representa la lámina o bien puede tratarse de un puro producto de la imagina -- ción.

La respuesta del T.A.T. al igual que la vida cotidiana, no constituye necesariamente el material esencial y vital de la vida del sujeto. Es más bien por el contrario, el material ideacional el que se hace presente espontáneamente en la conciencia del -- sujeto cuando se lo confronta con diferentes situaciones. En la vida -- diaria es razonable inferir los problemas, dificultades y preocupa --

ciones de un sujeto a partir de las ideas que nos comunia, al igual -- que cuando se aplica el T.A.T. no obstante, muestra la más de las -- veces, como se evade el sujeto, elude, niega o expresa solo indirectamente sus contenidos ideacionales esenciales.

Todas las producciones provocadas por el T.A.T. son producciones mecánicas. Todas las ideas son en esencia recuerdos que retornan, aunque no sean necesariamente experimentados como recuerdos de sucesos definidos, gran parte de sucesos definidos; gran parte de nuestras ideas derivan de recuerdos que han perdido sus señas individuales, temporales específicas y en parte emocionales. Por lo tanto, los relatos del T.A. T. deben considerarse sujetos a las leyes de la organización de la memoria que, a su vez, se hallan gobernados por la dinámica emocional. De este modo, es justificable esperar que de estas historias puedan derivarse representaciones de la dinámica emocional del paciente, es decir, su contenido ideacional fundamental.

Rapaport señala que hay dos factores que nos per-

miten que todos los relatos del T.A.T. sean "contenidos ideacionales diferenciales". Por un lado las experiencias emocionales pierden con el transcurso del tiempo su calidad original y cuando son transvasadas a los relatos bajo la forma de contenidos ideacionales, pueden adquirir el carácter de estereotipos carentes de sello individual. Por otro lado gran parte de lo que nosotros recordamos nunca ha sido un contenido ideacional esencial o una experiencia emocional. Los estereotipos y clisés sociales, así como también las historias leídas o escuchadas alguna vez, pertenecen a esta misma categoría.

Los relatos del T.A.T. correspondientes a sujetos clínicos se hallan cargados de dichos estereotipos. Por lo común estos no revelan las tendencias esenciales del sujeto, sino más bien de la manera que tiene de evitar su expresión. A diferencia de los relatos que entrañan un contenido ideacional esencial, los estereotipados no son en sí mismos reveladores, pero muchos de ellos juntos -- muestran los tipos de "defensa" de relaciones y de figuras que el sujeto tiene tendencia a usar.

Estos tipos son partes integrales del mundo privado - del sujeto y constituyen una prueba en cuanto al principio de selección del paciente en la utilización de los clisés.

Fuera de esto, los clisés tienen un segundo significado: sirven como línea de referencia para la apreciación de las desviaciones registradas en el relato y la formación narrativa del sujeto. Detrás de estas historias derivadas se encuentra siempre un contenido ideacional esencial.

La distinción entre un clisé y un contenido ideacional esencial es que éste se forma por ideas que el sujeto piensa espontáneamente, en tanto que los clisés son contenidos ideacionales "pensables". Es característico del ser humano que en sus verbalizaciones pueda usar ideas que no son expresiones directas sus afanes esenciales sino tan solo entidades "pensables". Lo que hacen las tendencias esenciales al respecto es seleccionar entre las ideas pensables, de modo tal que dicha selección se concentre en índice expresivo y a la vez, en filtro de los contenidos ideacionales esenciales. Así pues, el contenido ideacional esencial es tal que permite hacer inferencias --

con respecto a algunas tendencias de importancia central para el sujeto, en tanto que los clisés solo permiten inferir lo relativo al carácter general de las defensas del paciente y solo en forma indirecta lo concerniente a sus tendencias.

Validez de la Prueba.

Bellak afirma que "aunque no cree que el principal valor o utilidad del T.A.T. consista en su capacidad de diagnosticar grupos nosológicos, puede servir para finalidades diagnósticas.

En el artículo de Goldeman y Greenblatt, M. -- Changes in the matic. Aperception Test Stories paralleling Changes in Clinical Status of Schizophrenic Patients J. Nerv. ment. 1955, 121, 243 49, se refiere que dos psicólogos diferenciaron a base del T.A. T. esquizofrénicos marcadamente mejorados de otros esquizofrénicos no mejorados. El punto de referencia utilizado para la apreciación de las historias es el grado de retraimiento en las relaciones interpersonales que reflejan.

Davison, A.H.A. Comparison of the Fantasy Productions on the Thematic Apperception Test of Sixty Hospitalized Psychoneurotic and Psychotic Patients, *J. proj. tech.* 1953, 17, 20-33, comprobó los resultados del T.A.T. en tres sub-grupos psiconeuróticos con los tres sub-grupos esquizofrénicos (catatónico, hebefrénico y paranoide). Las pruebas indicaron que los catatónicos y los hebefrénicos " tienden a presentar un número significativamente mayor de casos de no relación entre caracteres". Se encontraron pocas relaciones hijo-madre y pocas relaciones hombre-hombre en los resultados de los hebefrénicos y los catatónicos, respectivamente.

Interesa señalar que no se diferencia de este modo a los esquizofrénicos paranoides de los neuróticos, mientras que pudo establecerse esta diferenciación, hasta cierto punto en los otros dos sub-grupos.

En 1964 Burton y Sjober Jr. realizaron una investigación con el objeto de determinar la validez del dibujo de la figu

ra humana en el diagnóstico de la esquizofrenia. Piensan que esta -- prueba es particularmente importante en la esquizofrenia porque ésta representa con frecuencia un problema de diagnóstico.

Utilizaron para su estudio 98 dibujos femeninos, de los cuales 49 eran esquizofrénicos y 49 no-esquizofrénicos.

Todos los sujetos pertenecían al sexo femenino. Los pacientes esquizofrénicos habían sido previamente diagnosticados por el psiquiatra del hospital en el que se encontraban internadas.

La edad promedio de ambos grupos fué de 37.4 años. El grupo con -- control estaba formado por miembros de una asociación de padres y maes tros sin ningún antecedente psiquiátrico.

El experimento se dividió en cuatro partes, cada -- una con un objetivo diferente:

1.- Demostrar la suposición de que los psicólogos clínicos experimentados podrían discriminar entre esquizofrénicos y -- no esquizofrénicos.

II.- Determinar las diferencias entre los dos grupos respecto a la "escala del concepto del cuerpo" (Witkin, comunicación personal a los investigadores).

III.- Investigar si la fuerza discriminativa es superior en los psicólogos que en otros profesionistas no familiarizados con la psicopatología.

IV.- Si el estudio era útil para validar la lista de Holzberg y Wexler para evaluar la personalidad.

I.- En esta primera parte del experimento tres psicólogos clínicos sirvieron como jueces para clasificar los dibujos según pensaban pertenecían a un paciente esquizofrénico ó no. Después de que los hubieron clasificado se les interrogó acerca de los signos que utilizaron para diferenciarlos, con el objeto de utilizar estos signos en la lista de la parte III.

Estos signos son:

Juez I.- a) Distorsión de la representación de la ima
gen corporal .

b).- Cambios en el dibujo sin sus correspondientes -
borraduras .

c).- Contenido que indique autismo Y/o pensamien-
to bizarro (posición, expresión, adornos) .

d).- Interrupciones en la línea del dibujo .

e).- Estilo del dibujo bizarro o artístico .

Juez II.- a) Desproporción en las relaciones de las
distintas partes de la figura, o distorsiones gruesas en la figura o en
el tamaño de las partes .

b).- Escasa articulación o integración del dibujo .

c).- Rasgos faciales que no corresponden a las im -
plicaciones de la personalidad .

d).- Transparencias a través de ropas o partes corpo
rales .

Juez III.- a) Dibujo primitivo.

b).- Poco completo.

c).- En caso de estar completo, líneas sobrecalcadas.

d).- Excesivos índices de ansiedad.

e).- Rasgos bizarros.

f).- Pérdida o fluidez de las líneas externas.

Los resultados de esta parte del experimento apoyan la suposición de que los psicólogos clínicos experimentados pueden diferenciar los dibujos de esquizofrénicos de los no esquizofrénicos.

II.- En la segunda parte de la investigación dos psicólogos clasificaron los dibujos en términos de los cinco puntos de la escala de Witkin, esta escala consta de cinco niveles de sofisticación en la representación del cuerpo: del nivel # 1 que es el más primitivo al nivel # 5 que es el más sofisticado.

Los datos fueron manejados estadísticamente me --

dian te la correlación de Pearson dando un resultado de .79 de correlación, lo que apoya la alta confiabilidad de la escala de Witkin. Estos resultados indican que los dibujos esquizofrénicos son en promedio más primitivos y más indiferenciados que los normales, aunque al considerar la diferencia de cada caso en particular los resultados no son aceptables en cuanto al nivel de significancia.

III.- Para llevar a cabo esta sección del experimento se partió de la suposición de que las distorsiones anatómicas en la imagen corporal, más que otros signos, son esenciales para discriminar aspectos esquizofrénicos en los dibujos. De aquí surgió la hipótesis que personas no entrenadas en las ciencias psicológicas y -- particularmente en la proyección de la imagen corporal, pero sí bastante experimentadas en la observación cuidadosa de las formas humanas, pueden seleccionar los dibujos de esquizofrénicos al igual que los psicológicos.

En esta sección de la investigación cuatro cirujanos y tres artistas clasificaron los 98 dibujos en cinco categorías de-

pendiendo de su compatibilidad con la imagen del cuerpo humano normal en términos de discriminar entre esquizofrénicos y no esquizofrénicos. Estas cinco categorías son: completamente compatible, alta -- mente compatible, moderadamente compatible, ligeramente compatible y poco o nada compatible.

Los resultados obtenidos fueron manejados mediante la X y estos indican que no se llega a alcanzar el nivel de significancia, por lo que en base a estos resultados se deduce que no es posible reconocer los dibujos esquizofrénicos de los no esquizofrénicos utilizando únicamente el criterio anatómico.

Además se efectuó una comparación con el criterio común usado por los psicólogos clínicos, resultando que no son si más ni menos capaces para diferenciar el dibujo de un esquizofrénico del de uno no esquizofrénico.

Estos resultados son los que se presentan a continuación:

Coeficiente de correlación entre los profesionistas.

Psicólogos	Cirujanos	Artistas
1 vs 2 = .82	1 vs 2 = .87	1 vs 2 = .81
2 vs 3 = .76	1 vs 3 = .84	2 vs 3 = .76
1 vs 3 = .76	1 vs 4 = .79	1 vs 3 = .77
	2 vs 3 = .82	
	2 vs 4 = .84	
	3 vs 4 = .76	

IV.- Para llevar a cabo esta parte de la experimentación los autores se basaron en los estudios de 1950 y 1952 de Holzberg y Wexler los que ya han sido mencionados con anterioridad. También se emplearon los signos que los psicólogos de este experimento utilizaron en sus discriminaciones. Se hizo una lista de 67 items basados en aspectos estructurales y de contenido del cuerpo humano. Dos Psicólogos independientemente clasificaron cada dibujo utilizando esta lista. Los resultados de cada uno se compararon y los desacuer-

dos encontrados fueron discutidos. En la mayoría de los casos la ambigüedad fué fácilmente resuelta. El nivel de significancia obtenido es bastante alto lo que representa una contrapartida a las conclusiones de la parte III.

A continuación se presenta una discusión general de los hallazgos de las cuatro partes del experimento según lo presentan sus realizadores. Opinan que los hallazgos del presente estudio son alentadores unos y desalentadores otros. Los resultados desalentadores son aquellos en que los investigadores independientes no concuerdan en sus características de los dibujos de los esquizofrénicos. De los 47 items tomados de Holzberg y Wexler solamente tres fueron comunes a los hallazgos de esta experimentación. Por eso los autores opinan que la magnitud de estas diferencias no puede ser completamente explicado por variaciones en la muestra, en la calificación en el criterio de esquizofrenia, etc... Es posible que algo más importante sea la causa de esas diferencias. El dibujo de la figura humana como test proyectivo es una tarea mucho más compleja que

la determinación de la capacidad intelectual por medio del dibujo.

Sin embargo, es necesario agregar que se deben intentar nuevos métodos para la evaluación objetiva de esta prueba, pues este estudio ha revelado que los dibujos esquizofrénicos sí pueden distinguirse de los no esquizofrénicos.

CAPITULO IV

TERAPEUTICA INSULINICA

La historia del tratamiento de la esquizofrenia se -
ha caracterizado por el uso de diversos métodos que temporalmente han
tenido entusiastas partidarios, pero no han logrado resistir la prueba -
del tiempo.

Para Noyes y Kolb (*Psiquiatría Clínica Moderna*),
el tratamiento por medio del coma insulínico no es un método especí -
fico y en muchos aspectos ha sido muy criticado, cuando se aplica en
el momento apropiado al tipo de esquizofrenia que lo amerita, es - -
efectivo, ya que logra que muchos pacientes regresen a su adaptación
pre-esquizofrénica.

Esta restauración de la salud no va acompañada de
una corrección permanente de los factores que predisponen al paciente
a regresar a la esquizofrenia y el uso del coma insulínico ha disminu-
do mucho desde que aparecieron las drogas tranquilizantes.

Sakel dividió el coma insulínico terapéutico en --

cuatro fases, no obstante, actualmente solo se aprecian en la mayoría de las técnicas las fases primera y segunda. La fase primera, es el pre-coma o estado preparatorio; la fase segunda, es el estado profundamente hipoglicémico ó coma.

En la fase primera las reacciones mentales son en extremo variadas y puede haber normalización o intensificación de los síntomas. Las manifestaciones neurológicas consisten en diversos tipos de movimientos involuntarios anormales, alteraciones reflejas, manifestaciones sensoriales y síntomas cerebrales focales; estos últimos se observan raramente. Las anomalías perceptivas no son infrecuentes y se asemejan mucho a las producidas por la mescalina y el L.S.D. 25, en individuos normales y en psicóticos. Es característico en ambas fases el descenso de la temperatura. Se ha afirmado que descensos marcados son de pronóstico favorable.

La aparición del coma señala el inicio de la fase segunda. La definición del coma varía considerablemente según los diferentes terapeutas, dificultando la comparación de sus resulta-

dos. La duración del coma es un índice de intensidad del tratamiento, algunos terapeutas se basan en la ausencia de reacciones conscientes o intencionales como indicación de la presencia del coma y todos distinguen diferentes grados en éste.

Tiral y Smith afirman que no hay ningún signo o grupo de signos reflejos que permitan distinguir entre el sub-coma y el coma.

No obstante, cuando se ha llegado al coma, los signos motores y autónomos son valiosas indicaciones de su profundidad.

Las experiencias psíquicas que puedan ocurrir durante la fase de coma quedan sujetas a amnesia. El período del despertar consecutivo al coma se caracteriza frecuentemente por la normalización del estado mental.

La existencia de casos de resistencia y de hipersensibilidad a la acción hipoglucemiante de la insulina requiere gran cuidado en la práctica del tratamiento, además revisten interés teórico. Existe dificultad en la producción de un coma satisfactorio en una minoría de pacientes. En ocasiones es necesario administrar hasta - -

5,000 unidades de insulina.

Por el contrario, en pacientes hipersensibles puede producirse el coma rápida y precipitadamente en los primeros minutos consecutivamente a la inyección de 4 a 8 unidades.

La tolerancia a la insulina varía marcadamente en la fase segunda del tratamiento, siendo el objetivo del terapeuta mantener la dosificación mínima de insulina que produzca un coma satisfactorio, para evitar complicaciones, particularmente el coma irreversible. Al progresar el tratamiento insulínico, se desarrolla en la mayoría de los pacientes sensibilización o disminución de la tolerancia, necesitando se una dosificación mínima de insulina que produzca un coma satisfactorio.

Leopoldo Bellak cita en su libro " Esquizofrenia " que diversos investigadores de laboratorio han observado numerosas modificaciones psicológicas en el coma insulínico. Sin embargo, son raros los estudios en los que se completa la descripción con determinantes antes del tratamiento, durante una sesión, entre dos sesiones y después de la terminación del tratamiento.

Frecuentemente solo se ha medido una variable. Estas cir -

cunstancias y la falta de información sobre la relación entre las variaciones psiquiátricas y psicológicas y las variaciones en las mediciones psicológicas que se observan en algunos estudios justifican en parte el presente trabajo.

Dentro de las observaciones psicológicas que cita Bellak en su libro " Esquizofrenia ", se encuentra que una revisión de la literatura anterior indica, en promedio, que cuando transcurre sin complicaciones, solo produce trastornos leves de las funciones de Gestalt e intelectuales y de los test de clasificación.

Kalinowsky, L. B. and Hoch, P. H. Shock Treatments, - - Psychosurgery and other Somatic Treatments in Psychiatry 1952. No se ha observado que el menoscabo intelectual fuera permanente, también es indudablemente menor que el producido por el electroshock, aunque éste último es muy variable y depende de la técnica.

Hellman Experimental Evaluation of the Relative Effectiveness of Insulin Coma and Electro Narcosis Therapies with Schizophrenic Patients ha comprobado que el coma insulínico produce menor pérdida de las funciones intelectuales que la electronarcosis.

La mejoría clínica con el tratamiento insulínico refleja en



los perfiles del Minnesota Multiphasic Personality Inventory Hales W. Maud, Simón Minnesota Multiphasic Personality Inventory Patterns before and after Insulin Shock Therapy 1948, la ejecución del Rorschach Halpen Rorschach Interpretations of the Personality Structure of Schizophrenia who benefit from Insulin Therapy 1940 y Katz Examination of Insulin-treated schizophrenic by the Rorschach Method 1941 y con la escala de Malamid-Sands Psychopathology of Insulin Therapy 1953.

No obstante, los pacientes clínicamente curados pueden presentar todavía algunos signos esquizofrénicos en las respuestas del Rorschach como lo demuestra Katz en Examination of Insulin-treated Schizophrenics by the Rorschach Method 1941, dato que concuerda con Bellak de que el tratamiento insulínico y otras formas de terapéutica de la esquizofrenia raramente actúan sobre la matriz básica de la afec
ción.

El método de la anamnesis asociativa aplicado a once esquizofrénicos que se encontraban en tratamiento de comas insulínicos, condujo a la hipótesis de que la hipoglicemia produce una tendencia combinada a la descarga física y psíquica, con una continuada al reacción y asimilación del material de conflicto durante el curso del tratamiento.

to. (Reiner E. R. *Fantasies in Insulin Coma Therapy: Some Psychosomatic considerations with a case presentation*, 1953).

Empleando el método de Eysenck del " Test Objetivo del Psicotismo " no encontró Keehn (*An investigation into the value of objective test psychoticism in predicting response to insulin coma therapy*), la correlación entre el grado de psicosis anterior al tratamiento y el resultado de la terapéutica del coma insulínico. La ausencia pretarapéutica de signos de regresión intelectual en el Rorschach asociada a la regresión emocional indica un pronóstico favorable con insulina. (*Piotrowski Rorschach Method as Prognostic Aid in Insulin Shock Treatment of Schizophrenics* 1941). La favorable evaluación del tratamiento también está asociada en grado variable, con la capacidad pretarapéutica para la ejecución de tests de clasificación Kalinowsky -- (*Shock Treatments, Psychosurgery and other somatic treatments in Psychiatry* 1952).

Las ratingscales clínicas de Malamid-Sands revelan que el tratamiento insulínico, cuando tiene éxito, ejerce un efecto particularmente mitigador sobre la ansiedad, la tensión y la hipersensibilidad.

Forma de Administración

El doctor R. de la Fuente Muñiz en su libro *Psicología Médica* (1959) pág. 410-412 indica: " En la mañana del día en que se inicia el tratamiento, el enfermo debe recibir una dosis de 20 unidades de insulina por vía intramuscular. Esta dosis habrá de duplicarse cada vez en los días subsecuentes hasta que se alcance la dosis mínima necesaria para producir al enfermo un estado comatoso. Si se llega a una dosis alta, digamos 600 unidades, sin que se produzca el estado de coma, es conveniente alternar en días consecutivos dosis altas y bajas. Este recurso es generalmente eficaz para superar la resistencia del enfermo a inducir el coma. Una vez que el enfermo está recibiendo dosis adecuadas, es necesario no perder de vista que la dosis de insulina eficaz para producir el coma en los tratamientos futuros, suele disminuir.

De ahí que las reacciones del enfermo deben vigilarse cuidadosamente para determinar las dosis más apropiadas. Se considera que un enfermo está en estado de coma cuando no reacciona a estímulos tales como hablarle, pincharle, etc. En ese estado es mante

nido el enfermo por un período aproximado de 1 1/2 horas. Al término de este tiempo el coma es interrumpido, procediéndose a restaurar entonces los niveles de azúcar en la sangre mediante la administración de una solución de dextrosa. Una vez que el enfermo ha despertado del coma, se le ofrece un desayuno rico en carbohidratos.

Los comas insulínicos se repiten 3 a 6 veces por semana hasta que el enfermo ha recibido de 20 a 50 tratamientos. Generalmente, se considera que 40 es el número del que consta un curso completo. Algunos enfermos presentan en la fase precomatosa o a la terminación del coma un estado de agitación y de confusión mental durante el cual las alucinaciones e ideas delirantes suelen mostrarse activamente. De cualquier modo, es necesario que una enfermera competente permanezca al lado del enfermo, en tanto éste se encuentra bajo la acción de la insulina, y que lleve un registro de su pulso y de sus respiraciones así como de sus riesgos del tratamiento. Una complicación es que haya dificultad para hacer salir al enfermo del estado de coma, o bien que éste caiga nuevamente en él después de un intervalo de varias horas. Los enfermos que responden satisfactoriamente al tratamiento -

muestran generalmente períodos de lucidez, cada vez de mayor duración, después de cada tratamiento.

Para considerar que un enfermo se ha recuperado es necesario que los síntomas desaparezcan, que el enfermo tenga la capacidad para valorar realísta^umente su episodio psicótico y que pueda hablar de él objetivamente y con el afecto apropiado. Se dice que un enfermo ha mejorado cuando sus delirios y sus alucinaciones han desaparecido, en tanto que recupera la capacidad de adaptarse a la vida extrasanatorial, no obstante que conserve ciertas peculiaridades y tenga poca capacidad para valorar objetivamente su situación.

CAPITULO V

CAPITULO V

SUJETOS, MATERIAL, PROCEDIMIENTO

SUJETOS: Las personas empleadas en el presente trabajo fueron 25 esquizofrénicos que fueron seleccionados conforme a los siguientes requisitos:

1. - Haber sido previamente diagnosticados por el psiquiatra como esquizofrénicos.
2. - Estar siendo tratados con la terapéutica insulínica durante el período del estudio.
3. - No recibir ninguna otra terapéutica convulsivante durante el período del estudio.
4. - Estar hospitalizados durante el período del estudio.
5. - El hospital debería de ser de tipo psiquiátrico.

De cuatro hospitales psiquiátricos se seleccionaron a las siguientes personas :

Nombre	Sexo	Edad	Diagnostico	1a.Aplic.	2a.Aplic.	3a.Aplic.
E.V.Q.	F	21	Esq.Paranoide	May/66	Jun/66	Jul/66
G.S.	F	22	Esq.Paranoide	Ago/66	Sep/66	Oct/66
T.J.M.	M	37	Esq.Paranoide	Ago/66	Ago/66	Sep/66
A.M.N.	M	63	Esq.Paranoide	May/66	Jun/66	Jul/66
R.E.P.	F	37	Esq.Paranoide	Jul/66	Ago/66	Sep/66
A.A.S.	M	30	Esq.Paranoide	May/66	Jun/66	Jul/66
J.M.C. y C.	M	43	Esq.Hebefrénica	Jun / 66	Jul / 66	Ago/66
P.A.S.G.	M	19	Esq.Paranoide	Jul/ 66	Ago/66	Sep/ 66
M.L.C.	F	34	Esq.Paranoide	Jul/66	Ago/66	Sep/66
MA.L.G.M.	F	36	Esq.Paranoide	Ago/66	Sep/66	Oct/66
R.A.M.	M	47	Esq. Paranoide	May/66	Jun/66	Jul/66
J.L.M.G.	M	22	Esq.Paranoide	Jun/66	Jul/66	Ago/66
D.G.V.	M	22	Esq.Indiferenciada	Jul/66	Ago/66	Sep/66
A.B.D.	M	25	Esq.Hebefrénica	Jul/66	Ago/66	Sep/66
M.E.P. de M	F	24	Esq.Paranoide	May/66	Jun/66	Jul/66
E.G.G.S.	F	49	Esq.Paranoide	Jul/66	Ago/66	Sep/66
A.S.	F	37	Esq.Paranoide	Ago/66	Sep/66	Sep/66
A.CH.A.	M	24	Esq.Paranoide	Jul/66	Ago/66	Sep/66
M.A.V.	M	22	Esq.Paranoide	May/66	Jun/66	Jul/66
M.H.R.	M	22	Esq.Paranoide	Jul/66	Ago/66	Sep/66
J.M.V.	M	39	Esq.Paranoide	May/66	Jun/66	Jul/66
A.R.C.R.	M	17	Esq.Paranoide	Jun/66	Jul/66	Ago/66
A.P.	M	19	Esq.Paranoide	Jul/66	Ago/66	Sep/66
J.R.S.	M	37	Esq.Paranoide	Jul/66	Ago/66	Sep/66
E.F.A.	M	25	Esq.Paranoide	Jun/66	Jul/66	Ago/66

Siendo edad promedio de 31 años de 17 hombres y 8 mujeres.

MATERIAL Y PROCEDIMIENTO: Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron " El test de ocho hojas y el test de apercepción temática usados como técnicas proyectivas".

Primeramente se procedió a la selección de los sujetos en cuatro hospitales de la ciudad de México.

En cada uno de los hospitales se tuvo una entrevista inicial con el Director del hospital, los médicos de guardia y los psicólogos del mismo. En esta entrevista se les explicó la finalidad de la investigación y las características que debían reunir los sujetos con el objeto de poder tener la autorización y cooperación del hospital. Una vez realizada esta primera entrevista, se consultaron archivos del hospital con el objeto de seleccionar a las personas que reunieran los requisitos necesarios.

De la historia clínica del paciente se tomaron los datos concernientes a edad, sexo y diagnóstico efectuado por el Psiquiatra. Además se tuvieron entrevistas personales con el psiquiatra que estaba a cargo del paciente, para así averiguar acerca de la iniciación, duración y tipo de padecimiento.

Una vez obtenidos todos los datos acerca del pacien-

te y con la seguridad de que reunía los requisitos necesarios, se procedió a entrevistar a cada persona. El objetivo principal de esta entrevista fué el de crear un ambiente agradable para la persona y que así ésta se encontrara en la mejor disposición para realizar las pruebas.

La primera batería les fué realizada durante el período previo hasta la segunda aplicación del tratamiento insulínico inclusive, la segunda aplicación de los test les fué aplicada a la mitad del tratamiento tomando esta fecha de acuerdo con la planeación del tratamiento efectuado por el Psiquiatra.

La tercera y última se aplicó al final del tratamiento de cada paciente, habiendo sido tanto las pruebas como las entrevistas siempre por la misma examinadora, en privado y bajo las mismas condiciones ambientales.

El primer día se aplicó el T.D.8 H., la examinadora se sentaba frente a la persona y una vez establecida una situación adecuada, se le proporcionaban ocho hojas de papel tamaño carta, transparente, sujetas en forma de block con una base de cartón de las mismas medidas y un lápiz suave con goma de borrar en su extremo.

En la última hoja del block se les indicaba " dibuje-

una persona entera". Al terminar se desenrollaba la página que seguía y se le ponía encima de su primer dibujo indicándole " puede usted hacer lo que quiera con esta figura de persona". " Al volverla a dibujar, puede agregar algo, quitarle algo, cambiarla o dejarla como está. Solamente deberá hacer otra vez un dibujo de una persona entera ", Después de haber terminado el segundo dibujo, se colocaba la cartulina de forma que solo se viera el dibujo número dos y se desenrollaba la hoja número tres volviendo a repetir las mismas instrucciones y así se continuó hasta terminar con el dibujo número ocho.

Al día siguiente se volvía a citar a la persona, se iniciaba la entrevista por medio de unos minutos de plática para establecer el rapport y se les mostraban las láminas por orden numérico aña -- diendo: " le voy a mostrar una serie de figuras, usted tiene que hacerme un relato sobre cada una de ellas. Tiene que decirme cuál es la situación descrita por la lámina, qué sucesos la provocaron y cuál será el resultado de la misma, describiendo los sentimientos y pensamientos de los personajes. Deseo escribir lo que usted exprese, por consiguiente le ruego no se apresure". Fueron utilizadas 20 láminas por considerarse lo más conveniente.

Una vez obtenido el material, se comenzó la clasificación de ambas pruebas. El T.D. 8 H. se clasificó en base a los 36 rasgos que sugiere su autor Leopoldo Calligor.

A continuación se ennumeran los 36 rasgos clasificables:

1. - Figura parcial o entera.
2. - Altura de la figura.
3. - Colocación TCB (arriba, centro, abajo)
4. - Colocación LCR (Izquierda, centro, derecha)
5. - Frente de la cabeza.
6. - Angulo del cuerpo.
7. - Proporción : altura.
8. - Proporción: anchura.
9. - Posición.
- 10.- Sexo.
- 11.- Madurez física.
- 12.- Transparencias
- 13.- Borrado
- 14.- Fuera de margen
- 15.- Continuidad. Superposición de contornos y superficies del cuerpo.
- 16.- Movimiento y reposo.
- 17.- Aprovechamiento dibujo anterior.
- 18.- Fondo, número de dibujos.
- 19.- Cantidad.
- 20.- Tipo
- 21.- Relleno del cuerpo.
- 22.- Minuciosidad.
- 23.- Densidad.
- 24.- Calidad de líneas: tipo.
- 25.- Refuerzo.
- 26.- Temblor.
- 27.- Unión.
- 28.- Presión.
- 29.- Simetría horizontal.

- 30.- Simetría L-R (desde la línea del centro hacia la derecha y la izquierda.
- 31.- Vestimenta: cantidad.
- 32.- Ojos: detalle, especificación.
- 33.- Acentuación anatómica.
- 34.- Arte.
- 35.- Omisiones de partes del cuerpo.
- 36.- Composición de la página.

Respecto al test de Apercepción Temática, se calificó

conforme a once puntos. A continuación se enumerarán :

1. - Relaciones con la realidad.
2. - Regulación y control de impulsos.
3. - Relaciones de objeto.
4. - Proceso de pensamiento.
5. - Juicio.
6. - Atención.
7. - Concentración.
8. - Formación de conceptos.
9. - Funciones defensivas.
- 10.- Funciones autónomas.
- 11.- Funciones de síntesis.

CAPITULO VI

CAPITULO VI

Al comparar los grupos de antes, durante y después del tratamiento de la terapéutica insulínica se obtuvieron los datos de diferencia significativa, obteniéndose de esta forma las áreas más o menos afectadas por el tratamiento.

Se utilizó la prueba de Mc. Nemar de cambios significativos dado que se considera como particularmente aplicable a los trabajos de "antes y después".

Para poder desarrollar esta prueba fué necesario en primer término clasificar los puntos del T.D. 8 H. conforme a dos posibilidades:

A =

B =

refiriéndose a cada uno de los 36 puntos del T.D. 8 H. y a los 11 puntos del T.A.T. encontrando lo siguiente:

1.- Figura entera ó parcial.

A = El dibujo de una figura parcial revela una desconformidad básica con la idea que el individuo tiene de su cuerpo y el-

sentido de suficiencia.

Existe bloqueo o evasión.- En la forma más extrema, - puede significar una falta de sentido de integridad y plenitud corporal con un sentimiento de ser seres vagos, incompletos o no integrados.

B = Buena integración.

$$X^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

	a	b
1a	5 3	20 22
2a	2 3	23 22
3a	2 3	23 22
Σ	9	66

$$\frac{1}{3} [2^2 + 1^2 + 1^2] = \frac{6}{3} = 2$$

$$\frac{1}{22} [2^2 + 1^2 + 1^2] = \frac{6}{22} = .2727$$

2.- Altura de la figura.

A = Significa una acentuación excesiva del propio yo y una infravaloración del medio ambiente. Puede haber propensión a una fantasía excesiva con proyección reiterada. Frecuentemente se encuentra - un criterio de la realidad disminuido (por ejemplo, conocimiento inadecuado y deformado del medio ambiente). Estas personas con frecuencia poseen un autodomnio interno precario en un medio ambiente que

es opresivo para él.

También puede significar lo contrario, ó sea, supervaloración excesiva del medio ambiente y una disminución del propio yo.

A menudo existen tendencias regresivas, inmaduras e infantiles.

B = Poca dificultad para enfrentar al medio ambiente.

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	a	b
1a	9 7	16 18
2a	6 7	19 18
3a	6 7	19 18
Σ	21	54

$$\frac{1}{7} [2^2 + 1^2 + 1^2] = \frac{6}{7} = .8571$$

$$\frac{1}{8} [2^2 + 1^2 + 1^2] = \frac{6}{8} = .3333$$

Ubicación: Arriba - centro - abajo.

A = Escasa capacidad para hacer frente al medio ambiente con intento de eludir el fuerte impacto del medio ambiente. Inquietud e inseguridad al hacer frente al medio ambiente con acentuación de la fantasía y una tendencia a retraerse ó a rechazar las exigencias del medio ambiente. Puede significar la existencia de depresión, letargo físico,-

inactividad, sentimientos de impotencia.

B = Formas más o menos adecuadas para hacer frente al medio ambiente y a los estímulos que se presentan.

$$X = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

	a	b
1a	4	21
	4	21
2a	4	21
	4	21
3a	4	21
	4	21
Σ	12	63

$$\frac{1}{4} \left[0^2 + 0^2 + 0^2 \right] = \frac{1}{4} = .2500$$

$$\frac{1}{12} \left[0^2 + 0^2 + 0^2 \right] = \frac{1}{12} = .0476$$

Ubicación: izquierda - centro - derecha.

A = Refleja inquietud e inseguridad para enfrentar el mundo exterior. Intento de eludir el impacto del ambiente mediante la evasión. Frecuentemente, existe exceso de fantasía. Deseo de retornar a un pasado seguro para eludir la penosa realidad ambiental del presente.

B = Mayor seguridad al enfrentarse al medio ambiente.

$$X^2 = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	a	b
1a	9	16
	7	18
2a	6	19
	7	18
3a	6	19
	7	18
Σ	21	54

$$\frac{1}{7} [2^2 + 12 + 12] = \frac{6}{7} = .8571$$

$$\frac{1}{8} [2^2 + 1^2 + 1^2] = \frac{6}{18} = .3333$$

Ubicación: izquierda - centro - derecha.

A = Refleja inquietud e inseguridad para enfrentar el mundo exterior
Intento de eludir el impacto del ambiente mediante la evasión. Fre--
cuentemente, existe exceso de fantasía. Deseo de retornar a un pasa--
do seguro para eludir la penosa realidad ambiental del presente.

B = Mayor seguridad al enfrentarse al medio ambiente.

$$X = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1} =$$

	a	b
1a	1	24
	.66	24.33
2a	0	25
	.66	24.33
3a	1	24
	.66	24.33
Σ	2	73

$$\frac{1}{.66} [.34^2 + .66 + .34^2] =$$

$$\frac{.892}{.66} = 1.3515$$

$$\frac{1}{24.33} [.33^2 + 1.33^2 + .33^2] =$$

$$\frac{1.987}{24.33} = .0816$$

Frente de la cabeza.

A = La persona trata de eludir el choque frente a frente con el ambiente. Una vez más se encuentra implícita una evasión y deseo de eludir el medio ambiente cayendo en la fantasía. Puede existir tensión y confusión interna.

B = Enfrentamiento más franco hacia el medio ambiente.

$$X = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

	a	b
1a	13 10	12 15
2a	10 10	15 15
3a	7 10	18 15
Σ	30	45

$$\frac{1}{10} \left[3^2 + 0^2 + 3^2 \right] = \frac{18}{10} = 1.8000$$

$$\frac{1}{15} \left[3^2 + 0^2 + 3^2 \right] = \frac{18}{15} = 1.2000$$

Angulo del cuerpo.

A = La relación entre la persona y el medio ambiente es inconstante, imprevisible, inconsistente, irreal. Puede indicar negación, manipulación, rechazo e incapacidad o falta de deseo de relacionarse con el mundo exterior en la forma convencional corriente.

B = Una mejor relación con el medio ambiente.

$$X \sum = \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	a	b
1a	13 10.33	12 14.66
2a	10 10.33	15 14.66
3a	7 10.33	17 14.66
Σ	31	44

$$\frac{1}{10.33} \left[(2.67)^2 + (.33)^2 + (2.33)^2 \right]$$

$$\frac{12.667}{10.33} = 1.226$$

$$\frac{1}{14.66} \left[(2.66)^2 + (.34)^2 + (2.34)^2 \right]$$

$$\frac{12.668}{14.66} = .8641$$

Proporción altura

A = Dificultad para mantener el equilibrio entre sus impulsos y el dominio de ellos. Utilización excesiva de la fantasía y disminución de los poderes críticos y correctivos.

Disminución del gobierno mental de los impulsos a pesar de la importancia que la persona concede a la fuerza intelectual.

También puede significar una restricción de la acción. Demasiada crítica y mucho uso de las defensas intelectuales en la personalidad.

B = Mejor manejo de los impulsos.

$$\sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

	A	B
1a	16 13	9 12
2a	13 13	12 12
3a	10 13	15 12
Σ	39	36

$$\frac{1}{13} + \left[3^2 + 0^2 + 3^2 \right] = \frac{18}{13} = 1.3846$$

$$\frac{1}{12} \left[3^2 + 0^2 + 3^2 \right] = \frac{18}{12} = 1.5000$$

Proporción anchura :

A = Dificultad para mantener el equilibrio entre sus impulsos y el dominio de ellos. Utilización excesiva de la fantasía y disminución de los poderes críticos y correctivos. Disminución del gobierno mental - de los impulsos a pesar de la importancia que la persona concede a la fuerza intelectual. También puede significar una restricción de la acción. Demasiada crítica y mucho uso de las defensas intelectuales de la personalidad.

B = Mejor manejo de los impulsos.

$$x = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} =$$

	a	b
1a	5	20
	6	19
2a	7	18
	6	19
3a	6	19
	6	19
Σ	18	57

$$\frac{1}{6} \left[1^2 + 1^2 + 0^2 \right] = \frac{2}{6} = .3333$$

$$\frac{1}{19} \left[2^2 + 2^2 + 0^2 \right] = \frac{2}{19} = .1052$$

Posición del Cuerpo.

A = Las figuras sentadas o acostadas indican un concepto propio y un modo de actuar con los demás pasivo y dependiente.

Tiende a relacionarse de una manera impotente y cohibida.

B = Actitud más independiente y activa ante el mundo.

$$x = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

	a	b
1a	3	22
	1.33	23.66
2a	0	25
	1.33	23.66
3a	1	24
	1.33	23.66
Σ	4	71

$$\frac{1}{1.33} \left[(1.67)^2 + (1.33)^2 + (.33)^2 \right] =$$

$$\frac{4.667}{1.33} = 3.5090$$

$$\frac{1}{23.66} \left[(1.66)^2 + (1.34)^2 + (.34)^2 \right] =$$

$$\frac{4.668}{23.66} = .1972$$

Sexo de la figura.

A = Confusión sexual al dibujar figuras neutras. Ausencia

de una identificación plena masculina o femenina e incapacidad para aceptar impulsos, actuaciones o fantasías sexuales.

B = Identificación sexual aceptable.

$$X = \frac{\sum (O_i - E_i)^2}{E_i}$$

	A	B
1a	9 8	16 17
2a	7 8	18 17
3a	8 8	17 17
Σ	24	51

$$\frac{1}{8} \left[1^2 + 1^2 + 0^2 \right] = \frac{2}{8} = .25000$$

$$\frac{1}{17} \left[1^2 + 1^2 + 0^2 \right] = \frac{2}{17} = .1176$$

Madurez física.

A = Los dibujos de figuras de niños o infantes indican desconformidad con el papel de adulto. Fijación regresiva e inmadura. Posibles sentimientos de impotencia y dependencia para enfrentarse al medio ambiente, deseo de eludir de manera infantil un medio ambiente penoso.

B = Aceptación del papel de adulto.

$$X = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	A	B
1a	10 11.66	15 13.33
2a	13 11.66	12 13.33
3a	12 11.66	13 13.33
Σ	35	40

$$\left[\frac{1}{11.66} + (1.66)^2 + (1.34)^2 \right] = \frac{4.668}{11.66}$$

$$\frac{1}{13.33} \left[(2.67)^2 + (1.33)^2 \right] = \frac{10.667}{13.33} = .8002$$

Transparencias evidentes.

A = Indica una aplicación deficiente del intelecto y una deficiencia de las facultades críticas correctivas ante el medio ambiente. Ansiedad incontentada y un criterio pobre de la realidad.

B = Mejor integración intelectual.

$$X = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	A	B
1a	9 11.66	16 13.33
2a	13 11.66	12 13.33
3a	13 11.66	12 13.33
Σ	35	40

$$\frac{1}{11.66} \left[(2.66)^2 + (1.34)^2 + (1.34)^2 \right] =$$

$$\frac{10.668}{11.66} = .9149$$

$$\frac{1}{13.33} \left[(3.67)^2 + (1.33)^2 + (1.33)^2 \right] =$$

$$\frac{17.007}{13.33} = 1.275$$

Borrado

A = Puede reflejar o bien escasas facultades críticas al enfrentarse con las exigencias del medio ambiente con un sentido pobre de la realidad. También puede reflejar una super-crítica y un enorme bloqueo o conflicto.

B = Autocrítica aceptable

$$X = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} =$$

	A	B
1a	2	23
	5	20
2a	7	18
	5	20
3a	6	19
	5	20
Σ	15	60

$$\frac{1}{5} \left[3^2 + 2^2 + 1^2 \right] = \frac{14}{5} = 2.200$$
$$\frac{1}{20} \left[3^2 + 2^2 + 1^2 \right] = \frac{14}{20} = .7000$$

Fuerza del Margen.

A = Indica poca habilidad para orientarse en el medio ambiente; bajas facultades críticas y correctivas. Una influencia excesiva de la fantasía en el comportamiento y una evaluación o respuesta realista inadecuada a las exigencias del medio ambiente.

$$X = \frac{\sum (O_i - E_i)^2}{E_i} =$$

B = Persona bien orientada en la realidad.

	A	B
1a	4 3.33	21 21.66
2a	4 3.33	21 21.66
3a	2 3.33	23 21.66
Σ	10	65

$$\frac{1}{3.33} \left[(.67)^2 + (.67)^2 + (1.33)^2 \right] = \frac{2.667}{3.33} = .8009$$

$$\frac{1}{21.66} \left[(.66)^2 + (.66)^2 + (1.34)^2 \right] =$$

$$\frac{2.668}{21.66} = .1231$$

Continuidad : Superposición.

A = Puede indicar el uso de la negación como mecanismo defensivo, temor a relacionarse en rechazo del estímulo. También puede indicar falta de defensas adecuadas, poco gobierno de los impulsos y comportamiento regresivo.

B = Mejor enfrentamiento de la realidad con mejor control de impulsos.

$$X = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	A	B
1 _a	9 7.33	16 17.66
2 _a	6 7.33	19 17.66
3 _a	7 7.33	18 17.66
Σ	22	53

$$\frac{1}{7.33} \left[(1.67)^2 + (1.33)^2 + (.33)^2 \right] =$$

$$\frac{4.667}{7.33} = .6366$$

$$\frac{1}{17.66} \left[(1.66)^2 + (.34)^2 + (.34)^2 \right] =$$

$$\frac{4.668}{17.66} = .2643$$

Movimiento - Reposo.

A = Es índice de cierta rigidez y recursos reprimidos de la personalidad.

B = Habilidad para actuar cómodamente sin rigidez, usando recursos internos

$$X = \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	A	B
1 _a	20 18.66	5 6.33
2 _a	19 18.66	6 6.33
3 _a	17 18.66	8 6.33
Σ	22	53

$$\frac{1}{18.66} \left[(1.34)^2 + (.34)^2 + (1.66)^2 \right] =$$

$$\frac{4.668}{18.66} = .2501$$

$$\frac{1}{6.33} \left[(.1.33)^2 + (.33)^2 + (1.67)^2 \right] =$$

$$\frac{4.667}{6.33} = .7372$$

$$X = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

Continuidad: Aprovechamiento dibujo anterior.

A = Refleja una intensa absorción por la fantasía y una tendencia a pasar por alto la realidad.

B = Forma más adecuada de funcionamiento en realidad.

	A	B
1a.	3 2.33	22 22.66
2a.	2 2.33	23 22.66
3a.	2 2.33	23 22.66
Σ	7	68

$$\frac{1}{2.33} \left[(.67)^2 + (.33)^2 + (.33)^2 \right] =$$

$$\frac{.667}{2.33} = .2862$$

$$\frac{1}{22.66} \left[(.66)^2 + (.34)^2 + (.34)^2 \right] =$$

$$\frac{.668}{22.66} = .0294$$

Fondo.

A = Denota una necesidad de afianzamiento para reducir la inquietud sobre la actuación propia al realizar algo.

B = Mayor seguridad en sí mismo.

$$X = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1} =$$

	A	B
1a	1 .33	24 24.66
2a	0 .33	25 24.66
3a	0 .33	25 24.66
Σ	1	7

$$\frac{1}{.33} \left[(.66)^2 + (.33)^2 + (.33)^2 \right] =$$

$$\frac{.654}{.33} = 1.9818$$

$$\frac{1}{24.66} \left[(.66)^2 + (.34)^2 + (.34)^2 \right] =$$

$$\frac{.668}{24.66} = .0270$$

Fondo : Presentación de cantidad .

A = Gran cantidad de necesidad de estructurar un medio ambiente muy particular para poder desenvolverse dentro del mismo.

B = Más aceptación del medio ambiente real .

$$X = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	A	B
1a	1 1	24 24
2a	1 1	24 24
3a	1 1	24 24
Σ	3	72

$$\frac{1}{1} = \left[0^2 + 0^2 + 0^2 \right] = 1$$

$$\frac{1}{24} = \left[0^2 + 0^2 + 0^2 \right] = \frac{1}{24} = .0416$$

$$X = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

Fondo: Presentación del tipo.

A = Ansiedad o conflicto al actuar. Pocas defensas intelectuales al enfrentarse con la ansiedad que provocan los tropiezos.

B = Una actuación más libre de conflicto.

	A	B
1a	2 1.33	23 23.66
2a	1 1.33	24 23.66
3a	1 1.33	24 23.66
Σ	4	71

$$\frac{1}{1.33} \left[(.67)^2 + (.33)^2 + (.33)^2 \right] =$$

$$\frac{.667}{1.33} = .5015$$

$$\frac{1}{23.66} \left[(.66)^2 + (.34)^2 + (.34)^2 \right] =$$

$$\frac{.668}{23.66} = .0282$$

Relleno del cuerpo . Tipo.

A = Denota ansiedad, conflicto y preocupación con el concepto del propio yo y su actuación. Posible presencia de sensualidad con dependencia concomitante.

B = Cierta conocimiento intelectual y realista del propio yo.

$$X = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	A	B
	14	11
1a	12	13
	13	12
2a	12	13
	9	16
3a	12	13
Σ	36	39

$$\frac{1}{12} \left[2^2 + 1^2 + 3^2 \right] = \frac{14}{12} = 1.1666$$

$$\frac{1}{13} \left[2^2 + 1^2 + 3^2 \right] = \frac{14}{13} = 1.076$$

Relleno del cuerpo. Minuciosidad.

A = Intento de represión de la ansiedad mediante el uso del intelecto y la fantasía. En ocasiones fracasa frente a este intento y como resultante una inquietud sobre el concepto del propio yo y su actuación general.

B = Mejor manejo de la ansiedad.

$$X = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	A	B
	10	15
1a	9.33	15.66
	9	16
2a	9.33	15.66
	9	16
3a	9.33	15.66
Σ	28	47

$$\frac{1}{9.33} \left[(0.66)^2 + (0.33)^2 + (0.33)^2 \right] =$$

$$\frac{.654}{9.33} = .0700$$

$$\frac{1}{15.66} \left[(0.66)^2 + (0.34)^2 + (0.34)^2 \right] =$$

$$\frac{.668}{15.66} = .0426$$

Relleno del cuerpo. Densidad.

A = Supone un descenso de la eficiencia intelectual, una -
disminución en el conocimiento realista del propio yo.

B = Una eficiencia aceptable del control intelectual.

$$X = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	A	B
1o.	11 9	14 16
2o.	9 9	16 16
3o.	7 9	18 16
Σ	27	48

$$\frac{1}{9} \left[2^2 + 0^2 + \frac{2}{2} \right] = \frac{8}{9} = .8888$$

$$\frac{1}{16} \left[2^2 + 0^2 + \frac{2}{2} \right] = \frac{8}{16} = .5000$$

Calidad de Líneas tipo.

A = Puede reflejar rigidez en el dominio de la ansiedad. -
También puede reflejar impulsividad en ocasiones agresiva con difi-
cultad para ser contenida. Poco conocimiento ambiental en su respues-
ta a la ansiedad.

B = Cierta capacidad para manejar la ansiedad.

$$X = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	A	B
1a	4 6	21 19
2a	7 6	18 19
3a	7 6	18 19
Σ	18	57

$$\frac{1}{6} \left[2^2 + 1^2 + 1^2 \right] \frac{6}{6} = 1$$

$$\frac{1}{9} \left[2^2 + 1^2 + 1^2 \right] \frac{6}{19} = .3157$$

Calidad de las líneas. Refuerzo.

A = Indica preocupación, ansiedad, conflicto sobre el propio nivel de actuación. Necesidad de aislarse y protegerse del medio ambiente.

B = Mejor control de la ansiedad.

$$X = \frac{\sum (O_i - E_i)^2}{E_i}$$

	A	B
1a	6	19
2a	6	19
3a	6	19
Σ	18	57

$$\frac{1}{6} \left[0^2 + 0^2 + 0^2 \right] = \frac{1}{6} = .1666$$

$$\frac{1}{19} \left[0^2 + 0^2 + 0^2 \right] = \frac{1}{19} = .9526$$

Calidad de las líneas. Temblor.

A = Ansiedad transmitida físicamente.

B = Control de la ansiedad.

$$X = \sum (O_i - E_i)$$

	A	B
1o.	4	21
2o.	6	19
3o.	5	20
Σ	15	60

$$\frac{1}{5} \left[1^2 + 1^2 + 0 \right] = \frac{2}{5} = .4000$$

$$\frac{1}{20} \left[1^2 + 1^2 + 0 \right] = \frac{2}{20} = .1000$$

Calidad de las líneas. Unión.

A - Gran preocupación por el concepto de la realidad y necesidad de aislamiento del medio ambiente. Pobre gobierno de los impulsos y ansiedad por la propia integración y actuación.

B - Buen manejo de los impulsos y del concepto de realidad.

$$\frac{X - \sum (O_1 - E_1)}{E_1}$$

	A	B
1o.	4 5	21 20
2o.	6 5	19 20
3o.	5 5	20 20
Σ	15	60

$$\frac{1}{5} \left[(12 + 12 + 10) \right] - \frac{2}{5} = .4000$$

$$\frac{1}{20} \left[(12 + 12 + 10) \right] - \frac{2}{20} = .1000$$

Calidad de las líneas. Presión.

A - Tensión interna, necesidad de fuerza o bien ansiedad, temor y una baja producción de energía en la acción.

B - Control de la energía adecuado.

$$\frac{X - \sum (O_1 - E_1)}{E_1}$$

	A	B
1o.	2	23
	7.33	17.66

$$\frac{1}{733} \left[(5.33)^2 + (2.66)^2 + (2.66)^2 \right] = \frac{38.145}{7.33} = 5.2039$$

2o	10 7.33	15 17.66
3o.	10 7.33	15 17.66
Σ	22	53

$$\frac{1}{17.66} \left[(5.34)^2 + (2.66)^2 + (2.66)^2 \right]$$

$$\frac{38.252}{17.66} = 2.166$$

Simetría : horizontal.

A - Puede ser o bien una incomodidad con un excesivo control sobre los impulsos y el estímulo, o bien lo contrario, una excesiva vulnerabilidad y poco control sobre los impulsos y el estímulo.

B - Buen control de impulsos.

$X - \frac{\sum (O_1 - E_1)^2}{E_1}$		A	B
	1o.	12 10.66	13 14.33
	2o.	10.66	14.33
	3o.	10 10.66	15 14.33
	Σ	32	43

$$\frac{1}{10.66} \left[(1.34)^2 + (.66)^2 + (.66)^2 \right] =$$

$$\frac{2.668}{10.66} = 2502$$

$$\frac{1}{14.33} \left[(1.33)^2 + (.67)^2 + (.67)^2 \right] =$$

$$\frac{2.667}{14.33} + .1861$$

Simetría: Distancia desde la línea del centro hacia la derecha y la izquierda.

A - Puede significar o un excesivo control sobre los impul-

soy y el estímulo o bien excesiva vulnerabilidad y poco control sobre los estímulos y los impulsos.

B - Control de impulsos más adecuados.

$$X = \frac{\sum (O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	A	B
1o.	11 11.33	14 15.66
2o.	10 11.33	15 13.66
3o.	13 11.33	12 13.66
Σ	34	41

$$\frac{1}{11.33} \left[(.33)^2 + (1.33)^2 + (1.67)^2 \right] = \frac{4.228}{11.33} = .3731$$

$$\frac{1}{13.66} \left[(0.34)^2 + (1.34)^2 + (1.66)^2 \right] = \frac{4.668}{13.66} = .3417$$

Vestimenta.

A - Puede indicar narcisismo o bien exhibicionismo.

B - Cierta grado de madurez.;

$$X = \frac{\sum (O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	A	B
1o.	13 11.33	12 13.66
2o.	11 11.33	14 13.66
3o.	10 11.33	15 13.66
Σ	34	41

$$\frac{1}{11.33} \left[(1.67)^2 + (.33)^2 + (1.33)^2 \right] = \frac{4.667}{11.33} = .4119$$

$$\frac{1}{13.66} \left[(1.66)^2 + (.34)^2 + (1.34)^2 \right] = \frac{4.668}{13.66} = .3417$$

Ojos: Especificaciones de detalle.

A - Refleja represión, negación y evasión hacia la proyección, como modo de enfrentar los tropiezos con la realidad.

B - Cierta manejo adecuado de la proyección.

	A	B	
$X = \frac{\sum (O_1 - E_1)}{E_1}$	1o. 12	13	$\frac{1}{12.66} \left[(0.66)^2 + (2.34)^2 + (1.66)^2 \right] =$
	12.66	12.33	
2o.	15	10	$\frac{1}{12.33} \left[(0.67) + (2.33) + (1.67) \right] =$
	12.66	12.33	
3o.	11	14	
	12.66	12.33	
Σ	38	37	

Acentuación de la Anatomía.

A - Refleja tendencias marcadas hacia el narcisismo y el exhibicionismo.

B.- Cierta control sobre las tendencias narcisistas y exhibicionistas.

	A	B	
$X = \frac{\sum (O_1 - E_1)^2}{E_1}$	1o. 9	16	$\frac{1}{11} \left[(2^2 + 1^2 + 1^2) \right] \frac{6}{11} = .5454$
	11	14	
2o.	12	13	

3o.	12	13
	11	14
Σ	33	42

$$1 \left[\begin{array}{c} 2 \quad 2 \quad 2 \\ (2+1 \quad +1) \end{array} \right] \frac{6}{14} = .285$$

Composición de la página.

A - Refleja alejamiento y evasión de un medio ambiente que con sidera abrumador; lo elude por medio de la fantasía.

B - Capacidad de realizar una tarea: siguiendo instrucciones.

$$X^2 = \frac{\sum (O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	A	B
1o.	0	25
	0	25
2o.	0	25
	0	25
3o.	0	25
	0	25
	0	75

Sin interpretación dado que no se presentó el factor " A ".

$$X^2_{42} = 54.5796$$

Figura entera o parcial		Altura de la figura	Colocación T.C.B.	Colocación L.S.R.	Frente de la cabeza	Ancho del cuerpo	Proporción altura	Proporción anchura	Posición	Sexo	Madurez	Transparencias	Borrado	Fuera del Margen	Continuidad Superposición	Movimiento o Reposo	Aprovechamiento Dibujo anterior	Fondo número de dibujos
1a. Aplicación	5a 20b	9a 16b	4a 21b	1a 24b	13a 12b	13a 12b	16a 9b	5a 20b	3a 22b	9a 16b	10a 15b	9a 16b	2a 23b	4a 21b	9a 16b	20a 5b	1a 24b	1a 24b
2a. aplicación	2a 23b	6a 19b	4a 21b	0a 25b	10a 15b	10a 15b	13a 18b	7a 18b	0a 25b	7a 18b	13a 12b	13a 12b	7a 18b	4a 21b	6a 19b	19a 6b	0a 25b	0a 25b
3a. aplicación	2a 23b	6a 19b	4a 21b	1a 24b	7a 18b	8a 17b	10a 15b	6a 17b	1a 24b	8a 17b	13a 12b	13a 12b	7a 18b	4a 23b	6a 18b	19a 8b	0a 25b	0a 24b

Cantidad de Fondo	Tipo de Fondo	Relleno del cuerpo Tipo	Minuciosidad	Densidad	Calidad de líneas	Reforzamiento	Tambor	Unión	Presión	Simetría Horizontal	Simetría L - R	Vestimenta	Ojos Detalle	Acentuación Anatómica	Arte	Omisiones	Completamiento de la página
1a 24b	2a 23b	14a 11b	10a 15b	11a 14b	4a 21b	6a 19b	1a 24b	4a 21b	2a 23b	12a 13b	11a 14b	13a 12b	12a 13b	9a 16b	11a 14b	18a 7b	0a 25b
0a 25b	1a 24b	13a 12b	9a 16b	9a 16b	7a 18b	6a 19b	8a 17b	6a 19b	10a 15b	10a 15b	10a 15b	11a 14b	15a 10b	12a 13b	14b 11a	19a 6b	0a 25b
1a 24b	1a 24b	9a 16b	9a 16b	7a 18b	7a 18b	6a 19b	2a 23b	5a 20b	10a 15b	11a 14b	13a 12b	10a 15b	11a 14b	12a 13b	11a 14b	12a 13b	0a 25b

$$\begin{aligned}
x^2 = \sum \frac{(01 - E1)^2}{E_1} = & \frac{1}{3} \left[(2)^2 + (-1)^2 + (-1)^2 \right] + \frac{1}{22} \left[(-2)^2 + (1)^2 + (1)^2 \right] + \frac{1}{7} \left[(2)^2 + (-1)^2 + (-1)^2 \right] \\
& \frac{1}{18} \left[(1-2)^2 + (1)^2 + (1)^2 \right] + \frac{1}{4} \left[0 + 0 + 0 \right] + \frac{1}{21} \left[0 + 0 + 0 \right] + \frac{1}{66} \left[(.34)^2 + (.66)^2 + (.34)^2 \right] + \frac{1}{24.33} \left[(.33)^2 + (1.33)^2 + (1.33)^2 \right] \\
& \frac{1}{10} \left[(3)^2 + (0)^2 + (3)^2 \right] + \frac{1}{15} \left[(3)^2 + (0)^2 + (3)^2 \right] + \frac{1}{10.33} \left[(2.67)^2 + (.33)^2 + (2.33)^2 \right] + \frac{1}{14.66} \left[(2.66)^2 + (.34)^2 + (2.34)^2 \right] + \\
& \frac{1}{13} \left[(3)^2 + (0)^2 + (3)^2 \right] + \frac{1}{12} \left[(3)^2 + (0)^2 + (3)^2 \right] + \frac{1}{6} \left[(1)^2 + (1)^2 + (0)^2 \right] + \frac{1}{19} \left[(1)^2 + (1)^2 + (0)^2 \right] + \\
& \frac{1}{1.33} \left[(1.67)^2 + (1.33)^2 + (.33)^2 \right] + \frac{1}{23.66} \left[(1.66)^2 + (1.34)^2 + (.34)^2 \right] + \frac{1}{8} \left[(1)^2 + (1)^2 + (0)^2 \right] + \\
& \frac{1}{3.33} \left[(.67)^2 + (.67)^2 + (1.33)^2 \right] + \frac{1}{21.66} \left[(.66)^2 + (.66)^2 + (1.34)^2 \right] + \frac{1}{7.33} \left[(1.67)^2 + (1.33)^2 + (.33)^2 \right] \\
& \frac{1}{17.66} \left[(1.66)^2 + (1.34)^2 + (.34)^2 \right] + \frac{1}{18.66} \left[(1.34)^2 + (.34)^2 + (1.66)^2 \right] + \frac{1}{6.33} \left[(1.33)^2 + (.33)^2 + (1.67)^2 \right] + \\
& \frac{1}{2.33} \left[(.67)^2 + (.33)^2 + (.33)^2 \right] + \frac{1}{22.66} \left[(.66)^2 + (.34)^2 + (.34)^2 \right] + \frac{1}{.33} \left[(.66)^2 + (.33)^2 + (.33)^2 \right] + \\
& \frac{1}{24.66} \left[(.66)^2 + (.34)^2 + (.34)^2 \right] + \frac{1}{1} \left[\frac{1}{24} + \frac{1}{1.33} \right] + \left[(.67)^2 + (.33)^2 + (.33)^2 \right] + \\
& \frac{1}{23.66} \left[(.66)^2 + (.34)^2 + (.34)^2 \right] + \frac{1}{12} \left[(2)^2 + (1)^2 + (3)^2 \right] + \frac{1}{13} \left[(2)^2 + (1)^2 + (3)^2 \right] + \\
& \frac{1}{9.33} \left[(.66)^2 + (.33)^2 + (.33)^2 \right] + \frac{1}{15.66} \left[(.66)^2 + (.34)^2 \right] + \frac{1}{9} \left[(2)^2 + (0)^2 + (2)^2 \right] +
\end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
& \frac{1}{16} \left[(2)^2 + (0)^2 + (2)^2 \right] + \frac{1}{6} + \left[(2)^2 + (1)^2 + (1)^2 \right] + \frac{1}{19} + \left[(2)^2 + (1)^2 + (1)^2 \right] \frac{1}{6} + \frac{1}{19} + \\
& \frac{1}{5} \left[(1)^2 + (1)^2 + (0)^2 \right] + \frac{1}{20} + \left[(1)^2 + (1)^2 + (0)^2 \right] + \frac{1}{5} + \left[(1)^2 + (1)^2 + (0)^2 \right] + \frac{1}{20} + \left[(1)^2 + (1)^2 + (10)^2 \right] + \frac{1}{7.33} + \left[(5.33)^2 + \right. \\
& \left. (2.66)^2 + (2.66)^2 \right] + \frac{1}{17.66} + \left[(5.34)^2 + (2.66)^2 + (2.66)^2 \right] + \frac{1}{10.66} + \left[(1.34)^2 + (.66)^2 + (.66)^2 \right] + \\
& \frac{1}{14.33} \left[(1.33)^2 + (.67)^2 + (.67)^2 \right] + \frac{1}{11.33} + \left[(.33)^2 + (1.33)^2 + (1.67)^2 \right] \frac{1}{13.66} + \left[(1.66)^2 + (.34) + (1.34)^2 \right] + \\
& \frac{1}{12.66} \left[(.66)^2 + (2.34)^2 + (1.66)^2 \right] + \frac{1}{12.33} + \left[(.67)^2 + (2.33)^2 + (1.67)^2 \right] + \frac{1}{11} \left[2^2 + 1^2 + 1^2 \right] + \\
& \frac{1}{14} \left[2^2 + 1^2 + 1^2 \right] + \frac{1}{12} + \left[0 + 1^2 + 1^2 \right] \frac{1}{13} + \left[0 + 1^2 + 1^2 \right] + \frac{1}{16.33} + \left[(1.67)^2 + (2.67)^2 + \right. \\
& \left. (4.33)^2 \right] + \frac{1}{8.66} + \left[(1.66)^2 + (2.66)^2 + (4.34)^2 \right] = \frac{x^2}{42} \quad 54.5796
\end{aligned}$$

I. A. T.

con referencia al Test de Apercepción temática, encontramos lo siguiente :

Relaciones con la realidad :

A - Superficial, primitiva, distorcionada.

B - Mayor acercamiento a la realidad.

$$X = \frac{\sum (O_1 - E_1)}{E_1}$$

	A	B
1o.	18 13.66	7 11.33
2o.	14 13.66	11 11.33
3o.	9 11.33	11 11.33
Σ	41	34

$$\frac{1}{13.66} + \left[(4.34)^2 + (0.34)^2 + (4.66)^2 \right] =$$
$$\frac{85.856}{13.66} = 6.285$$

$$\frac{1}{11.33} \left[(4.33)^2 + (0.33)^2 + (4.67)^2 \right] =$$
$$\frac{85.928}{11.33} = 7.584$$

Regulación y Control de Impulsos.

A - Control inadecuado y primitivo.

B - Mejor control más adecuado.

A B

$$X = \frac{\sum (O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	A	B
1a.	14 13	11 12
2a.	13 13	12 12
3a.	12 13	13 12
Σ	39	36

$$\frac{1}{13} \left[(1^2 + 0^2 + 1^2) \right] + \frac{20}{13} = 1.538$$

$$\frac{1}{12} \left[(1 + 0 + 1) \right] \frac{20}{12} = 1.667$$

Relaciones de Objeto.

A - Relación superficial e inadecuada.

B - Relación aceptable.

$$X = \frac{\sum (O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	A	B
1o.	15 11.33	10 13.66
2o.	11 11.33	14 13.66
3o.	8 11.33	17 13.66
Σ	34	41

$$\frac{1}{11.33} \left[(3.67)^2 + (0.33)^2 + (3.33)^2 \right] = 7.584$$

$$\frac{1}{13.66} \left[(3.66)^2 + (0.33)^2 + (3.33)^2 \right] = 6.285$$

Proceso de Pensamiento.

A - Bloqueo e inhibición de pensamiento.

B - Pensamiento mas claro.

$$X = \frac{\sum (O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	A	B
1o.	12 13.33	8 11.66
2o.	15 13.33	10 11.66
3o.	13 13.33	14 11.66
Σ	40	35

$$\frac{1}{13.33} \left[(3.66)^2 + (1.66)^2 + (5.33)^2 \right] = \frac{44.561}{13.33} = 3.343$$

$$\frac{1}{11.66} \left[(3.66)^2 + (1.66)^2 + (5.33)^2 \right] = \frac{44.561}{11.66} = 3.822$$

Juicio.

A - Ausencia o mínimo.

B - Presencia.

$$X = \frac{\sum (O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	A	B
1o.	17 14.33	8 10.66
2o.	14 14.33	11 10.66
3o.	12 14.33	13 10.66
Σ	43	32

$$\frac{1}{14} \left[(2.66)^2 + (0.33)^2 + (2.33)^2 \right] = \frac{12.614}{14.33} = 0.880$$

$$\frac{1}{10.66} \left[(2.66)^2 + (0.33)^2 + (2.33)^2 \right] = \frac{12.614}{10.66} = 1.183$$

Atención

A - Ausencia o mínimo

B - Presencia

$$X = \frac{\sum (O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	A	B
1o.	16 13	9 12
2o.	13 13	12 12
3o.	10 13	15 12
Σ	39	36

$$\frac{1}{13} \left[(3)^2 + 0 + (3)^2 \right] = \frac{20}{13} = 1.538$$

$$\frac{1}{12} \left[(3) + 0 + (3) \right] = \frac{20}{12} = 1.667$$

Concentración.

A - Ausencia o mínimo

B - Presencia.

$$X = \frac{\sum (O_1 - E_1)^2}{E_1}$$

	A	B
1o.	19 14.66	6 10.33
2o.	16 14.66	9 10.33

$$\frac{1}{14.66} \left[(4.33)^2 + (1.33)^2 + (5.66)^2 \right] =$$

$$\frac{52.554}{14.66} = 3.585$$

3o.	9 14.66	16 10.33	$\frac{1}{10.33} \left[(4.33)^2 + (1.33)^2 + (5.66)^2 \right]$
Σ	44	31	

Formación de Conceptos.

A - Inadecuados.

B - Adecuados.

	A	B	$\frac{1}{12.66} \left[(1.33)^2 + (1.33)^2 + (2.66)^2 \right] =$
$X = \frac{\sum (O_1 - E_1)^2}{E_1}$	1o. 14 12.66	11 12.33	
	2o. 14 12.66	11 12.33	$1 \left[(1.33) + (1.33) + (2.66) \right] =$
	3o. 10 12.66	15 12.33	
	Σ 38	37	

Funciones defensivas.

A - Muy primitivas y sin cumplir su cometido.

B - Existen y cumplen aparentemente su cometido.

	A	B
$X = \frac{\sum (O_1 - E_1)^2}{E_1}$	1o. 15	10

	11.33	13.66
2o.	10 11.33	15 13.66
3o.	9 11.33	16 13.66
Σ	34	41

$$\frac{1}{11.33} \left[(3.66)^2 + (1.33)^2 + (2.33)^2 \right] = 7.584$$

$$1 \left[(3.66)^2 + (1.33)^2 + (2.33)^2 \right] = 6.289$$

Funciones Autónomas.

A - No existen o se encuentran muy distorcidas.

B - Funcionan en forma más adecuada.

$$X = \frac{\sum (O_1 - E_1)}{E_1}$$

	A	B
1o.	20 14	5 11
2o.	11 14	14 11
3o.	11 14	14 11
Σ	43	33

$$\frac{1}{14} \left[(6^2 + 3^2 + 3^2) \right] = \frac{54}{14} = 3.857$$

$$\frac{1}{11} \left[(6^2 + 3^2 + 3^2) \right] = \frac{54}{11} = 4.909$$

Funciones de Síntesis.

A - Inadecuadas.

B - Presentes.

A B

$$X = \frac{\sum (O_1 - E_1)}{E_1}$$

	A	B
1o.	14 9.66	11 15.33
2o.	9 9.66	16 15.33
3o.	6 9.66	19 15.33
Σ	29.45	46

$$\frac{1}{9.66} \left[(4.33)^2 + (0.66)^2 + (3.66)^2 \right] = \frac{32.58}{9.66} = 3.373$$

$$\frac{1}{15.33} \left[(4.33)^2 + (0.66)^2 + (3.66)^2 \right] = \frac{32.58}{15.33} = 2.125$$

A - Relaciones con la realidad	a) Superficial, primitiva b) mas adecuada
B - Regulación y control de impulsos	a) Poco control, inadecuado b) Mejor control
C- Relaciones de objeto	a) Superficial b) mas adecuado
D -Proceso de Pensamiento	a) Bloqueo e inhibición de pensamiento. b) pensamiento mas claro
Juicio -	a) Superficial, primitivo b) mas adecuado
Atención -	a) Superficial, primitiva b) mas adecuado
Concentración -	a) Superficial, primitiva b) mas adecuado
Formación de Conceptos	a) Superficial, primitiva b) mas adecuada
E - Funciones Defensivas	a) Primitivas, inadecuadas b) mas adecuadas
F - Funciones Autónomas	a) Primitivas b) mas adecuadas
G- Funciones de Síntesis -	a) Primitivas b) mas adecuadas

Test de Apercepción Temática. -

	A	B	C	D	Juicio	Atención	Concentración	F de C	E	F	G
Primera Aplicación	18 a 7 b	14 a 11 b	15 a 10 b	17 a 8 b	17 a 8 b	16 a 9 b	19 a 6 b	14 a 11 b	15 a 10 b	20 a 5 b	14 a 11 b
Segunda Aplicación	14 a 11 b	13 a 12 b	11 a 14 b	15 a 10 b	14 a 11 b	13 a 12 b	16 a 9 b	14 a 11 b	10 a 15 b	11 a 14 b	9 a 16 b
Tercera Aplicación	9 a 16 b	12 a 13 b	8 a 17 b	8 a 17 b	12 a 13 b	10 a 15 b	9 a 16 b	10 a 15 b	9 a 16 b	11 a 14 b	6 a 19 b

$$\begin{aligned}
x = \sum \frac{(O_1 - E_1)^2}{E} = & \frac{1}{13.66} \left[(4.34)^2 + (0.34)^2 + (4.66)^2 \right] \frac{1}{11.33} + \left[(4.33)^2 + (0.33)^2 + (4.67)^2 \right] + \\
& \frac{1}{13} \left[\frac{2^2 + 0^2 + 1^2}{12} \right] \frac{1}{11.33} + \left[1 + 0 + 1 \right] + \frac{1}{11.33} + \left[(3.67)^2 + (0.33)^2 + (3.33)^2 \right] \frac{1}{13.60} + \left[(3.66)^2 + (0.33)^2 + (3.33)^2 \right] + \\
& \frac{1}{13.33} \left[(3.66)^2 + (1.66)^2 + (5.33)^2 \right] \frac{1}{11.66} + \left[(3.66)^2 + (1.66)^2 + (5.33)^2 \right] \frac{1}{14.33} + \left[(2.66)^2 + (0.33)^2 + (2.33)^2 \right] \\
& \frac{1}{10.66} \left[(2.66)^2 + (0.33)^2 + (2.33)^2 \right] \frac{1}{13} + \left[3^2 + 0 + 3^2 \right] \frac{1}{12} + \left[3^2 + 0 + 3^2 \right] \frac{1}{14.66} + \left[(4.33)^2 + (1.33)^2 + (5.66)^2 \right] + \\
& \frac{1}{10.33} \left[(4.33)^2 + (1.33)^2 + (5.66)^2 \right] \frac{1}{12.66} + \left[(1.33)^2 + (1.33)^2 + (2.66)^2 \right] \frac{1}{12.33} + \left[(1.33)^2 + (1.33)^2 + (2.66)^2 \right] + \\
& \frac{1}{11.33} \left[(3.66)^2 + (1.33)^2 + (2.33)^2 \right] \frac{1}{13.66} + \left[(3.66)^2 + (1.33)^2 + (2.33)^2 \right] \frac{1}{14} + \left[6^2 + 3^2 + 3^2 \right] + \\
& \frac{1}{11} \left[6^2 + 3^2 + 3^2 \right] \frac{1}{9.66} + \left[(4.33)^2 + (0.66)^2 + (3.66)^2 \right] \frac{1}{15.33} + \left[(4.33)^2 + (0.66)^2 + (3.66)^2 \right] = x = 50.936
\end{aligned}$$

CAPITULO VII

ANALISIS DE LOS RESULTADOS: Del test de ocho hojas encontramos las diferencias más significativas en:

1. - Figura entera o parcial, lo que indica mejoras en la integración con disminución de bloqueo o evasión.
2. - Ubicación izquierda-centro-derecha, lo que indica más seguridad al enfrentar al medio ambiente.
3. - Frente de la cabeza, lo que indica un enfrentamiento más franco hacia el medio ambiente.
4. - Angulo del cuerpo, lo que indica una mejor relación con el medio ambiente.
5. - Proporción altura, lo que indica mejor manejo de impulsos.
6. - Posición del cuerpo, lo que indica una actitud más independiente y activa ante el mundo.
7. - Transparencia evidente, lo que indica mejor integración intelectual.
8. - Borrado, lo que indica una autocrítica más aceptable.
9. - Fondo, lo que indica mayor seguridad en sí mismo.
- 10.- Relleno del cuerpo, lo que indica cierto conocimiento más intelectual y realista del propio yo.

- 11.- Calidad de líneas, presión, lo que indica un control de la energía mas adecuado.
- 12.- Omisión de partes del cuerpo, lo que indica un mayor grado de aceptación de crítica.

En donde encontramos poco o ningun cambio es en :

1. - Ubicación arriba-centro-abajo, lo que indica que se conservó una escasa capacidad para hacer frente al medioambiente. Inquietud e inseguridad al hacer frente al medio ambiente con -- acentuación de la fantasía y una tendencia a retraerse o a rechazar las exigencias del medio ambiente.
2. - Continuidad-aprovechamiento dibujo anterior, lo que indica que se continúa reflejando una intensa absorción por la fantasía y una tendencia a pasar por alto la realidad.
3. - Relleno del cuerpo - minuciosidad, lo que indica un intenso de represión de la ansiedad mediante el uso del intelecto y la fantasía.

Respecto al Test de Apercepción Temática encontramos cambios muy significativos a favor, en :

1. - Relaciones con la realidad que indica un mayor acercamiento -

a esta .

2. - Relaciones de objeto, lo que indica una relación más aceptable .
3. - Proceso de pensamiento, lo que indica un pensamiento más claro .
4. - Concentración, lo que indica un grado de ella durante su ejecución .
5. - Funciones defensivas, lo que indica que son utilizadas en forma más aceptable, cumpliendo aparentemente su cometido .
6. - Funciones autónomas, lo que indica que trabajan más adecuadamente .
7. - Funciones de Síntesis, lo que indica que están presentes y que - aparentemente funcionan .

No hubo cambios o fueron insignificantes en:

1. - Formación de conceptos, lo que indica que continuaron siendo - inadecuados .
2. - Juicio, lo que indica que continúan siendo mínimos .

CAPITULO VIII

SUMARIO Y CONCLUSIONES

SUMARIO: El presente trabajo tuvo como objetivo principal investigar los cambios observados durante el tratamiento insulínico en veinticinco esquizofrénicos mediante pruebas proyectivas.

Se seleccionaron los pacientes de cuatro hospitales psiquiátricos de la Ciudad de México, en base a las siguientes características: Haber sido previamente diagnosticados por el Psiquiatra como esquizofrénicos, estar siendo tratados con la terapéutica insulínica durante el período del estudio, no recibir ninguna otra terapéutica convulsivante durante el período del estudio, estar hospitalizados durante el período del estudio y en un hospital psiquiátrico.

A los pacientes se les aplicaron las técnicas proyectivas del Test de Ocho Hojas de Leopoldo Calligor y el Test de Apercepción Temática de H. A. Murray, en tres ocasiones diferentes.

La primera de ellas fué durante el período previo hasta la segunda aplicación del tratamiento insulínico inclusive, la segunda aplicación fué a la mitad del tratamiento y la última fué al final del tratamiento.

Cada una de las setenta y cinco pruebas del Test de Ocho Hojas fué calificada conforme a los treinta y seis rasgos que sugiere su autor y cada uno de los setenta y cinco Test de Apercepción Temática, fueron calificadas conforme a once rasgos diferentes.

Posteriormente se procedió a comparar cada uno de los rasgos en las tres diferentes aplicaciones mediante la prueba de McNemar, de cambios significativos, obteniéndose cambios más significativos favorablemente en el T.D.8 H. en: integración con disminución de bloqueo o evasión, enfrentamiento del medio ambiente más franco, con una mejor relación, un mejor manejo de impulsos, integración intelectual, conocimiento más intelectual y realista del propio yo, y un mayor grado de aceptación de crítica y poco o ningún cambio respecto a e inseguridad al hacer frente al medio ambiente acentuando la fantasía y con tendencia a alejarse y rechazar las exigencias del medio ambiente. - Intensa absorción por la fantasía y a pasar por alto la realidad. Intento de reprimir la ansiedad mediante el uso del intelecto y la fantasía.

Respecto al T.A.T. encontramos cambios a favor en:

Relaciones con la realidad con tendencia a acercarse a ésta, relaciones de objeto más aceptable, pensamiento más claro, -

cierto grado de capacidad de concentración, mejor uso de las funciones defensivas autónomas y de síntesis.

Poco o ningún cambio respecto a:

Formación de conceptos inadecuados, poco juicio.

CONCLUSIONES:

- 1.- En relación con nuestra hipótesis de que se pueden detectar cambios significativos antes y después del tratamiento insulínico, encontramos :
 - a) Que sí se encontraron en ambas pruebas.
 - b) Que éstos fueron positivos en áreas de adaptación al medio ambiente, menor bloqueo, mejor manejo de impulsos, mejor integración intelectual, conocimiento más intelectual y realista del yo, pensamiento más claro y un mejor manejo de las funciones defensivas, de síntesis y autónomas.
 - c) Que no se encontraron en: uso excesivo de la fantasía con objetos diversos tales como: pasar por alto la realidad y reprimir la ansiedad. Respecto al uso del juicio y conceptos inadecuados.
2. - Que estos cambios pudieron ser debidos a factores no controla -

dos en la presente investigación, como :

a) Adaptación a las condiciones ambientales .

b) Regeneración espontánea .

3. - Que éstos cambios fueron encontrados mediante técnicas proyectivas, por lo tanto la validez de los resultados es relativa, ya que se prestan a subjetividad. Además, de que se efectuó una selección consciente al calificarlas por lo tanto pudo haber habido ciertas tendencias subjetivas.
4. - Que sería conveniente ampliar este estudio con objeto de " continuar " el proceso de cada uno de estos pacientes y ver si los cambios antes mencionados son transitorios o perdurables.
5. - Que sería conveniente efectuar estudios semejantes controlando factores como edad, sexo, tipo de esquizofrenia y bajo un grupo control, con objeto de comparar resultados.
6. - Que el hecho de haber encontrado estos cambios no significa que siempre deba de ocurrir igual.
7. - Que pese a todas las deficiencias de que adoleció, la presente investigación aportó nuevas ideas sobre los resultados de la terapéutica insulínica.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson y Anderson "TECNICAS PROYECTIVAS DEL DIAGNOSTICO PSICOLOGICO" (Traducción Helena Estelle) MADRID Ediciones - Rialf, S.A., 1963.
- Arieti, S. "INTERPRETACION DE LA ESQUIZOFRENIA" (Traducción Dra. Elena Valdivielso) BARCELONA Editorial Labor, S.A., 1965.
- Bellak, C. " ESQUIZOFRENIA " (Traducción Dr. C. Antich) BARCELONA Editorial Herder, 1962.
- Bleuler, E. "DEMENCIA PRECOZ " (Traducción Prof. D. R. Wagner) ARGENTINA Editorial Hormé.
- Noyes, A. "PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA " (Traducción L. Chagoya Beltrán) MEXICO Editorial Fournier.
- De la Fuente, R. "PSICOLOGIA MEDICA" México. Buenos Aires Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Klopper, B. y Davidson H. "TECNICA DEL RORCHACH" (Traducción V. de Campo) BUENOS AIRES Editorial Paidós.
- Rapaport, D. "TEST DE DIAGNOSTICO PSICOLO-

G!CO " Buenos Aires Editorial Paidós.

Fromm-Reichmann, F.

" PSICOTERAPIA EN LAS PSICOSIS "
(Traducción D. R. Wagner) BUENOS
AIRES Ediciones Hormé, S.A.

Freud, S.

" OBRAS COMPLETAS DE, Vol. 1 "
(Traducción L. López Ballesteros)
MADRID Editorial Biblioteca Nueva.

Laing, R.

" EL YO DIVIDIDO ". UN ESTUDIO
SOBRE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD.
México
Fondo de Cultura Económica.

Machover, Karem

" PROYECCION DE LA PERSONALIDAD
EN EL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA "
(UN METODO DE INVESTIGACION DE LA PERSONALIDAD).
(Traducción Dr. José M. Gutiérrez)
LA HABANA, CUBA Cultura, S.A.
1949.

Sullivan, H.S.

" LA ESQUIZOFRENIA COMO UN PROCESO HUMANO " (Traducción E. Martínez Cid) MEXICO
Ediciones Herrero Hnos. Sucs. S.A.
1962

Caligor, L.

" NUEVA INTERPRETACION DE DIBUJOS DE LA FIGURA HUMANA "
Buenos Aires
Editorial Kapelusz, S.A. 1964