



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

COMPARACION DE LAS CARACTERISTICAS  
PSICOLOGICAS ENCONTRADAS EN UN GRUPO  
DE ESQUIZOFRENICOS Y OTRO DE FARMA-  
CODEPENDIENTES POR MEDIO DE RORS-  
CHACH Y M.M.P.I.



T E S I S

Que para obtener el título de  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a n

BEATRIZ ESTELA BADILLO RUIZ  
MARIA MARTINA JURADO BAIZABAL  
MARIA TERESA VALADEZ VELAZQUEZ



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 NUESTROS PADRES**

**A NUESTROS HERMANOS**

**A NUESTROS MAESTROS**

**1530**

A LA LIC. ANNE MARIE BRÜGMANN

A quien agradecemos su ayuda como profesionalista y amiga, no encontrando palabras para expresar toda la gratitud y afecto que por ella sentimos.

Por la atención, el interés, el afecto y - el apoyo moral que de usted recibimos.

Muchas Gracias.

AL DR. FCO JAVIER ARTEAGA J.

Con todo respeto y gratitud por la orientación y colaboración que nos dió para realizar este estudio.

Agradecemos la colaboración y apoyo que se nos brindó para llevar a cabo esta investigación.

Sanatorio Floresta :

Dr. Rafael Fouilloux V. Director Médico y Psic.  
Josette Benavides Jefe del Depto. de Psicología.

Dr. Manuel Elizondo G. y Dr. Hector Lara T. del -  
Depto. de Psiquiatría de ISSSTE.

Sanatorio San Rafael :

Dr. Manuel Guevara O. Director Médico y Dr. Gui--  
llermo Calderón Coordinador de Enseñanza.

Sanatorio Flacon :

Dr. Manuel Falcon Director Médico.

Centro de Integración Juvenil (Coyoacán) :  
Psic. Rubi Cardox.

A los Doctores :

José Cruz, Victor M. Rivera, Ileana Petra, Carlos -  
Salgado, Gilberto Salgado, Jorge Caraveo, Alejandro -  
Díaz, Donato González, Juan Grimaldo, José Chavez,  
y Gregorio Cervantes por su contribución.

A las Enfermeras :

Ma. Antonia Rodríguez, Rosa Ma. Gallardo y Yolanda Eslava por su cooperación.

A Carmelita Rodríguez y al Sr. Florencia Cruz por su interés.

Asi como también a aquellas personas en quienes se basó nuestro estudio y que por razones éticas no mencionamos.

Gracias.

# I N D I C E

## INTRODUCCION

## PRIMERA PARTE : REVISION BIBLIOGRAFICA

### CAPITULO I ESQUIZOFRENIA

- A) Definición y Concepto.
- B) Clasificación.
- C) Psicogénesis.
- D) Psicopatología.

### CAPITULO II FARMACODEPENDENCIA

- A) Definición de Droga. Clasificación.
- B) Concepto de farmacodependencia. - Tipos de farmacodependencia. Posibles causas. Características de Personalidad.
- C) Drogas Psicotrópicas. Efectos.
- D) Estudios Previos.

### CAPITULO III PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

- A) Concepto.
- B) Historia.
- C) Aplicación. Calificación. Interpretación.
- D) Confiabilidad y Validez.

### CAPITULO IV INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA.

- A) Concepto.



- B) Historia.
- C) Descripción de las Escalas.
- D) Confiabilidad y Validez.

## SEGUNDA PARTE : DISEÑO EXPERIMENTAL

- A) Planteamiento del problema.
- B) Hipótesis.
- C) Procedimiento.
- D) Material.
- E) Tratamiento de los datos.

## TERCERA PARTE : RESULTADOS

- A) Resultados.
- B) Análisis de los resultados.
- C) Gráficas de los resultados.

## CUARTA PARTE : CONCLUSIONES

## QUINTA PARTE : SUMARIO

## SEXTA PARTE : CONSIDERACIONES SOBRE ESTE ESTUDIO

DEFINICION DE TERMINOS

BIBLIOGRAFIA

APENDICES A y B

## INTRODUCCION

En el transcurso de nuestra práctica en el campo clínico hemos observado los diferentes cuadros nosológicos, de los cuales nos han interesado la gran variedad de semejanzas encontradas entre pacientes farmacodependientes y pacientes esquizofrénicos tales como una distorsión considerable de la realidad, pensamiento ilógico y desordenado, desinterés por el medio ambiente, respuestas afectivas inadecuadas, sentimientos de abandono y rechazo por parte del núcleo familiar y relaciones interpersonales superficiales, lo que despertó nuestras inquietudes hacia una investigación científica que nos permitiera encontrar respuestas válidas y confiables a nuestras dudas.

Esto nos ha llevado a realizar la presente investigación y para ello hemos utilizado dos tipos de pruebas psicológicas: Un inventario de Personalidad y un test proyectivo.

Decidimos en especial estas pruebas ya que ellas nos darán información general acerca de las características psicológicas de los dos grupos psiquiátricos estudiados.

Con este trabajo pretendemos encontrar valores significativos que confirmen o refuten nuestras consideraciones anteriores y nos permitan hacer hincapié que, en muchos casos, la farmacodependencia es solo un síntoma de una patología subyacente mas severa, pudiendo ser ésta, en la mayoría, una esquizofrenia.

## PRIMERA PARTE

### Capítulo 1

## ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia ha sido motivo de múltiples y controvertidas especulaciones ya que su naturaleza no se ha llegado a comprender plenamente, es por esto que a través del tiempo se han elaborado en torno a ella diversas teorías y conceptos en un intento de esclarecer su esencia, así como para un diagnóstico preciso y rápido de la misma.

Siendo esta la parte correspondiente a revisión bibliográfica nos limitaremos a mencionar los diferentes enfoques que a la esquizofrenia se le han dado, así como a los diversos autores que de una manera u otra en un intento explicativo, han expuesto su propia teoría o ampliado las ya existentes.

#### A) Definición y Conceptos.

En 1896 Kraepelin incorporó diferentes entidades nosológicas dentro de una misma denominación y observó que estas enfermedades contenían características semejantes entre ellas. Utilizó el término "Demencia Precoz" para designarlas y la definió como: "una serie de síndromes clínicos cuya característica común la constituye la destrucción de la correlación o armonía interna de la personalidad, con preferente participación de la voluntad y afectividad" (32). Sugirió un común denominador entre la demencia de Morel, la hebefrenia de Hecker y la catatonia de Kahlbaum, siendo éste la perturbación de la capacidad de abstracción y como consecuencia la incapacidad de una elaboración normal de la sensopercepción, de los sentimientos y de las operaciones intelectuales. Clasificó la demencia precoz en: hebefrénica, catatónica y paranoide, aislando la parafrenia en 4 variedades: sistemática, expansiva, confabulante y fantástica.

Los síntomas que Kraepelin diferenció en su demencia precoz fueron las alucinaciones, ilusiones, emotividad incongruente, negativismo, menoscabo de la atención, comportamiento estereotipado y deterioro progresivo con una relativa integridad del sensorio.

EUGEN BLEULER (1911).- Utilizó el término "Esquizofrenia" considerando que era incorrecto el uso de la etiqueta "Demencia Precoz", así fue como se acuñó el término esquizofrenia y se ha usado a lo largo de varias décadas para designar a un conjunto de signos y síntomas. El trastorno fundamental estaba dado por la disociación de la personalidad, de tal manera que ésta característica decidía o eliminaba el diagnóstico de la entidad. Describió la esquizofrenia como una enfermedad cerebral, comprendiendo:

- a) Trastornos elementales en la asociación de las ideas.
- b) Ciertos estados de ocusión de Benommenheit (pérdida de posición de sí)
- c) Accesos de excitación o depresión resultantes directos del proceso orgánico.
- d) Tendencias a las estereotipias.
- e) Alucinaciones.
- f) Trastornos psíquicos neurovegetativos.

Diferenció los síntomas primarios y secundarios; siendo los primarios aquellas manifestaciones directas del proceso patológico somático; y los secundarios, los resultantes del proceso psíquico. Incluyó un nuevo subtipo, el simple, e intentó penetrar en la dinámica del esquizofrénico.

Una de las aportaciones más importantes de Bleuler - fueron el concepto de autismo y ambivalencia; entendiendo por - ambivalencia la "presencia simultánea de dos sentimientos opuestos para el mismo objeto", y por autismo a "esa desvinculación con la realidad acompañada de un predominio absoluto de la vida interior" (25)

**ADOLF MEYER.-** (1906) Considera la esquizofrenia como un ajuste patológico progresivo y hace énfasis en el estudio - longitudinal del esquizofrénico, así como también, destaca la impor - tancia de los factores mentales o psicológicos en la etiología de - la esquizofrenia. (1)

**E. MINKOWSKY.-** (1912) Consideró como trastor - no fundamental "la pérdida de contacto vital con la realidad, sien - do el punto esencial a partir del cual aparecen los síntomas cardina - les; también diferenció el autismo en rico y pobre además de utili - zar el pensamiento fenomenológico en el estudio de la esquizofrenia. Supone que el mecanismo psicopatológico llamado Spaltung que ex - presa (como el autismo) una pérdida de la vitalidad "obra sobre los sucesos de causa afectiva separándolos enteramente del todo, del - cual en su dinamismo moviente dependen".

Desde su aproximación fenomenológica considera al - hombre como ser conciente psíquico. Separa dos aspectos de la - vida conciente como aspectos funcionales, "el yo intuitivo o prác - tico" y el "intelectual o especulativo". Señala que la pérdida - del sentido de lo real tiene su origen en la pérdida funcional del - yo práctico, cuya actividad es dinámica y sintetizante.

**SIGMUND FREUD.-** Fue el primer autor que intento explicar la esquizofrenia en términos psicológicos, usando como - herramienta la teoría de la libido. Señaló que la libido se aparta y se dirige al yo, originando una situación llamada narcisismo. - Toda la carga afectiva que está concentrada en objetos se aparta y se deposita en el paciente mismo, que se convierte en un megaló-

mano. (1)

Explicó como las ideas insufribles pueden originar - psicosis alucinatorias de la siguiente manera : el ego rechaza la - idea insufrible, pero el intento de rechazarla no tiene éxito, la - idea insufrible del deseo vuelve en forma alucinatoria. Algunos de sus conceptos tales como regresión, inconciente, represión y transferencia han sido provechosos en la explicación de la esquizofrenia.

JUNG.- (1875-1961) Propone la existencia de un - mecanismo psicosomático en la esquizofrenia y por tanto la participación del sistema nervioso central. "El desorden emocional produce un metabolismo anormal que causa daños físicos al cerebro". (1) Describió también la existencia del complejo autóctono y percibió - que la afectividad era la fuerza dinámica del complejo.

Los síntomas en la esquizofrenia, para Jung, son la producción de arquetipos depositados en el inconciente colectivo.

WYRSCH.- (1913) Siendo su enfoque primordialmente filosófico se refiere a la esquizofrenia en términos de "debilidad - existencial", "autoextravío de la existencia". Analiza la transformación de la persona y su mundo como una conducta escindida, - una parte en la objetividad y otra en la subjetividad. Considera - esta característica como algo "esencialmente esquizofrénico", es la forma de existencia de la persona esquizofrénica. También señala - que en esta creación del mundo esquizofrénico se manifiesta una - capacidad creadora que habitualmente no es reconocida.

H CLAUDE y su escuela (1926) tratan de describir - separadamente la parte médica en la esquizofrenia y la de orden - psicológico, asumen que una demencia precoz sería una demencia - juvenil resultante de causas exógenas múltiples (no interviniendo - la herencia); las esquizosis, estarían dominadas por la noción de - herencia o de predisposición hereditaria. (13)

M. Dide y la escuela de Zurich suponen que la esquizofrenia es una enfermedad de causa hereditaria; KLEIST Y LEONARD suponen también que "cuando el mismo cuadro clínico con los mismo rasgos sobreviene reiteradamente en una familia, resulta de hecho que la misma enfermedad genética produce el mismo cuadro clínico". (13)

SILVANO ARIETI.- Con un enfoque principalmente psicológico define la entidad de la siguiente manera: "es 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 pertenecen a niveles más bajos de integración. En la medida en que el resultado es una regresión, produce un desequilibrio que origina más regresión a veces a niveles más bajos aún del necesario para que sean posibles determinadas percepciones".

H. Ey.- Considera la esquizofrenia como una psicosis crónica, consistente en una transformación profunda y progresiva de la persona que cesa de construir su mundo con comunicación con el otro para perderse en un pensamiento autista.

H. SULLIVAN.- (1892-1949) Considera que las relaciones interpersonales deficientes están en relación con la esquizofrenia y con cualquier otra alteración psiquiátrica, siendo estas principalmente entre padres e hijos, y cuyas características son :

- a) "Preponderancia regresiva" en la vida fantástica implícita.
- b) "Preponderancia regresiva" de la actividad irracional patente, como la conducta mágica o ritual.
- c) "Preponderancia extraordinaria" de motivaciones que por lo general, solo en ocasiones reciben expresión (1).

**BELLACK.**- En un enfoque etiológico más general de fine a la esquizofrenia como : "Un síndrome que constituye la etapa final común de los trastornos del ego con una etiología primaria de naturaleza quimiógena, hetógena, genógena o compuesta, diferente en cada caso y posiblemente clasificable en subgrupos," - siendo los trastornos de las funciones del ego :

- a) en la relación con la realidad.
- b) de control de impulsos.
- c) en las relaciones de objeto.
- d) en los procesos de pensamiento.
- e) en las funciones autónomas.
- f) en la función de síntesis.

**BERNARD Y BRISSET** .- postulan que es un conjunto de trastornos donde domina la discordancia, las ideas delirantes, la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia, el autismo, las alucinaciones mal sistematizadas así como profundas perturbaciones en el sentido de la separación y la extrañeza de los sentimientos, trastornos que tienden a evolucionar hacia un déficit y una disociación de la persona. (13)

**R.D. LAING**.- Utiliza el término esquizofrénico para "designar a una persona, su experiencia o su conducta, en tanto ella, su experiencia o su conducta se consideren clínicamente como manifestaciones de la presencia de esquizofrenia". " Esto es, a esta persona se le ha llegado a atribuir una conducta o una experiencia que no son simplemente humanos, sino que son el resultado de algún proceso o algunos procesos patológicos, mentales o físicos de naturaleza y origen desconocidos."

Analiza los conceptos "fantasma" y "double bind", - en este último la víctima se encuentra sujeta a una serie de tensiones que son radicalmente opuestas; desarrolla la concepción de que las relaciones personales intrafamiliares son la causa de la producción de estos estados que para el no corresponde a una auténtica -



enfermedad, sino a un producto social.

DAVID COOPER.- en su enfoque antipsiquiátrico nos dice que la esquizofrenia es "una situación de crisis microsocial en la cual los actos y las experiencias de cierta persona son invalidadas por otros, en virtud de razones culturales y microculturales - (por lo general familiares) intelegibles, hasta el punto de que aquella es elegida e identificada de algún modo como 'enfermo mental' y su identidad de 'paciente esquizofrénico' es luego confirmada por un proceso de rotulación estipulado pero altamente arbitrario por - agentes médicos o cuasimédicos". Para Cooper "la locura no esta en una persona sino en un sistema de relaciones del cual forma parte el rotulado 'paciente' "

LA APA.- nos dice que la esquizofrenia "incluye - a un grupo de trastornos manifestados por disturbios característicos - en el pensamiento, en el estado de ánimo y en el comportamiento. Los disturbios en el pensamiento están marcados por las alteraciones de los conceptos de formación que pueden llegar a una mala interpretación de la realidad y algunas veces a ilusiones y alucinaciones, que frecuentemente aparecen psicológicamente como autoprotectores". "Corolariamente los cambios en el estado de ánimo incluyen respuestas emocionales ambivalentes, constreñidas e inapropiadas, - asi como falta de empatía, siendo el comportamiento retraido regresivo y caprichoso."

Los esquizofrénicos en quienes el status mental es - primero atribuido a un trastorno del pensamiento, deben ser distinguidos de "trastornos afectivos mayores", que estan dominados por - un trastorno del estado de ánimo. Los estados paranoides se distinguen de la esquizofrenia por lo limitado de sus distracciones de la realidad y por la ausencia de otros síntomas psicóticos.

LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. - nos dice que la esquizofrenia : "Incluye un grupo de psicosis en - las cuales, hay una perturbación fundamental de la personalidad, -

una distorsión característica del pensamiento, frecuentemente con una sensación de estar controlado por fuerzas extrañas, delirios que pueden ser temerarios, percepciones perturbadas, afectos anormales discordantes con la situación real y autismo. No obstante, usualmente se mantienen claras la conciencia y la capacidad intelectual. La perturbación de la personalidad involucra sus funciones más básicas; es decir, aquellas funciones que dan a la persona normal su sentimiento de individualidad, de ser único y autodirigido. La persona esquizofrénica siente sus más íntimos pensamientos, sentimientos y acciones en formas que frecuentemente son temidas viéndose a sí mismo como el pivote de todos estos sucesos. Las alucinaciones, especialmente las auditivas son comunes, pueden ser comentarios sobre el paciente o dirigidos a él, las percepciones se encuentran distorsionadas en otras formas, adquieren absoluta importancia las situaciones irrelevantes que junto con sentimientos de pasividad, pueden guiar al paciente a suponer que los objetos y las situaciones cotidianas poseen una intención especial generalmente siniestra para él. En la esquizofrenia característica, los disturbios del pensamiento, situaciones periféricas e irrevelantes o conceptos-totales que son inhibidos en las actividades mentales normalmente dirigidas, ocupan el primer lugar y son utilizadas en lugar de los elementos relevantes y apropiados. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal incomprensible. Es frecuente encontrar rompimientos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el paciente puede estar convencido de que sus pensamientos están siendo robados por algún agente externo; el estado de ánimo puede ser superficial, caprichoso o incongruente; puede haber un grado de perplejidad; la ambivalencia y las alteraciones de la volición se manifiestan como inercia, negativismo o estupor pudiendo llegar a presentarse la catatonia.

El diagnóstico de esquizofrenia no puede ser hecho a menos de que durante el transcurso de la enfermedad haya habido perturbaciones características del pensamiento, la percepción, la afectividad, la conducta y de la personalidad en, por lo menos, 2-

de estas áreas. Además de basar el diagnóstico sobre criterios formulados, el clínico debe hacer todos los esfuerzos para especificar algunas de las subdivisiones de esquizofrenia de acuerdo con los - síntomas predominantes. (24) en el paciente".

## B) Clasificación.

1.- Simple.- Este tipo de esquizofrenia tiende a iniciarse en la edad juvenil (no es posible precisar su comienzo) en personas con marcadas tendencias a aislarse y a refugiarse en la fantasía; caracterizándose por la no presencia de síntomas "activos" (alucinaciones, ideas delirantes, etc), un empobrecimiento de la vida, de la actividad psíquica y en general un marchitamiento de la personalidad. A medida que pasa el tiempo, va abandonando sus labores tornándose inútil, irresponsable e indolente, teniendo como trastornos más notables en este tipo la pérdida de interés por lo que lo rodea, empobrecimiento afectivo, emociones superficiales y ausencia de iniciativa.

2.- Hebefrénica.- El comienzo de esta alteración suele ser incidioso y precoz (casi siempre en la adolescencia), mostrando las características de la forma simple con la sumación de algunos síntomas como son: las alucinaciones, ideas delirantes, despersonalización, etc.. También en el pensamiento se presentan trastornos tales como una escisión y desorganización del mismo y por lo tanto una disgregación e incoherencia, lo que va a propiciar que el paciente muestre estereotipias verbales, neologismos y pararespuestas. Es frecuente observar interceptación del pensamiento, y en general, deficiencia de la capacidad integrativa.

Vallejo-Najera señala también como síntomas de esta alteración la extrañeza del yo y del mundo, vivencias de disolución de la personalidad, vivencias catastróficas, desdoblamiento de la personalidad y desidentificación del yo.

Su curso es crónico y progresivo evolucionando hacia un deterioro rápido, siendo la desintegración final mayor en este tipo que en los otros.

3.- Catatónica.- Caracteriza a este cuadro las alteraciones de la psicomotricidad y voluntad siendo los rangos más

prominentes el negativismo y el automatismo, pudiendo encontrarse el inicio de este padecimiento entre los 15 y los 25 años y teniendo, habitualmente, un principio agudo precedido de experiencias emocionales intensas. En este tipo de esq. se notan más claramente la ruptura con la realidad así como un déficit en las relaciones interpersonales.

Se distinguen dos fases: El estupor y la excitación. Estupor Catatónico.- Está caracterizado por falta de interés y pobreza emocional, los pacientes muestran un rostro sin expresión semejante a una máscara, pudiendo permanecer en el mismo lugar con la misma postura durante mucho tiempo, llegando a orinarse y defecarse en sus ropas; en otros casos el paciente retiene la saliva, la orina y el contenido intestinal, siendo todo esto una forma de reacción adoptada por el enfermo ya que percibe el medio ambiente amenazante. Este cuadro tiende a ceder lenta o súbitamente con pronóstico favorable.

Excitación Catatónica.- Se caracteriza por episodios de intensa agitación pudiendo alternarse con fases de estupor, en los que el paciente muestra una conducta impulsiva e impredecible, marcado negativismo, así como la adopción de estereotipias, amaneramientos y muecas. Se observa una falta de expresión emocional así como también de la actividad voluntaria, conservándose la actividad automática.

4.- Paranoide.- Se inicia después de los 30 años con un comienzo paulatino y en ocasiones brusco, presentándose en personalidades prepsicóticas caracterizadas por relaciones interpersonales poco adecuadas e ineficientes, marcada desconfianza, difíciles de tratar, rencorosas, encerradas en sí mismas y con tendencia a sobrecompensar sus complejos de inferioridad por medio de una sobrevaloración de sus potencialidades.

Los rangos más prominentes de esta forma son las ideas delirantes primarias y secundarias, las alucinaciones, trastorno de -

las asociaciones y del afecto. La fantasía exagerada puede tomar el valor de realidad, pudiendo el individuo cambiar su conducta radicalmente porque supone que intentan matarlo, que le persiguen, viéndose reforzado todo esto por las alucinaciones (visuales, auditivas, etc), las cuales dan al paciente un total convencimiento de sus ideas. Los actos repudiados por el sujeto se proyectan en forma ideativa en lugar de reprimirse, así observamos que la represión de impulsos sexuales traen como consecuencia las obsesiones de tipo sexual. También se observa la necesidad defensiva del enfermo de atribuir a los demás sus propios fracasos, por lo que la esquizofrenia paranoide, puede ser considerada como una reacción de tipo proyectivo, regresivo y defensivo (22).

La desorganización y el deterioro de la personalidad es menor que en las otras formas. Cuando el comienzo de la enfermedad es repentino el pronóstico es generalmente más favorable.

### C) Psicogénesis.

Las principales teorías relativas a la génesis de la - esquizofrenia se pueden clasificar en : Genéticas, fisiológicas y - psicológicas.

Influencia genética y fisiológicas.- El consenso - general coincide en afirmar que tiene este padecimiento una base - genética, suponen que la esquizofrenia es transmisible por herencia y vinculada a una constitución. Vallejo Najera cita los siguientes puntos que vendrían en apoyo de esta teoría :

1.- La distribución uniforme de la esquinofrenia en - distintos países y culturas.

2.- Los cambios súbitos de conducta que no pueden - ser atribuidos a factores ambientales.

3.- El encuentro de anomalias químicas y fisiopato - lógicas en los esquizofrénicos (alteración en el metabolismo de los - aminoácidos y en la conversión del ácido hipúrico).

4.- La herencia de la esquizofrenia (estudio en ge - melos univitelinos).

5.- Las psicosis experimentales producidas por mez - calina y dietil-amida del ácido lisérgico (demuestran la provocación de síntomas psicóticos).

Algunos de los estudios realizados en este campo - son :

KALLMAN encontró que si el padecimiento existe en uno de los gemelos monocigóticos, también se encuentra en el otro gemelo en el 85.8% de los casos, afirmando que "existe un índice de predisposición genética a la esquizofrenia".

ARNOLD Y HOFFMAN encontraron en los eritrocitos de los esquizofrénicos cantidades fosfáticas altamente energéticas, las cuales difieren estadísticamente con una significación de  $P < 0.001$  que es considerable (1)

AKERFELD encontró que la n-n-dimetil-p-fenilendiamina sufría una oxidación más rápida con el suero de los esquizofrénicos que con el de personas normales. (1)

HEATH y sus colaboradores comprobaron que la oxidación de la adrenalina era más rápida con el suero de los esquizofrénicos que con el de personas normales. (1)

A.J. FRIEDHOFF y E. VAN WINNKE encontraron un derivado semejante a la mezcalina en la orina de los esquizofrénicos.

Sin embargo, los estudios experimentales no han producido aun datos significativos que se puedan verificar; aunque hipotéticamente, se admite la existencia de un factor somático coadyuvante ya que se encuentran funciones del organismo alteradas.

Factores psicológicos.- Las principales teorías psicológicas sobre la génesis de la esquizofrenia se refieren a la importancia que tienen las primeras relaciones interpersonales, sobre todo las que se establecen con las figuras paternas. De esta manera, puede suponerse que las primeras relaciones entre pacientes esquizofrénicos y sus padres fueron deficientes.

Los estudios de Harlow han podido comprobar que se producen efectos perdurables cuando hay una privación de los cuidados maternos. (22)

BATESON supone que los defectos de comunicación en los esquizofrénicos tienen su base en la relación de "doble lazo" (doble mensaje en el que el primero es contrario del segundo) en -



tre el sujeto y uno de sus padres, con el que prevalece una relación emocional intensa. Esta contradicción en los mensajes produce un conflicto en el sujeto, que no sabe en última instancia cual de las dos informaciones atacar.

Para JOHNSON, el niño es el recipiente de la hostilidad familiar, reforzando, en él, el miedo y la culpa; poco a poco se va produciendo una crisis que provoca el aislamiento, para finalmente desarrollar un cuadro esquizofrénico.

En general, se encuentra con frecuencia que los pacientes esquizofrénicos provienen de grupos familiares gravemente enfermos, así, los conflictos experimentales en épocas tempranas de la vida pueden ser reactivados en épocas posteriores produciendo formas de reacción poco exitosas, así como el desencadenamiento de conductas anormales.

Actualmente el punto de vista etiológico más aceptable sugiere que este síndrome deriva de la interacción de fuerzas biológicas y sociales.

Mientras no haya estudios que demuestren las causas generadoras de esta enfermedad, es de utilidad pensar en una etiología multifactorial.

## D) Psicopatología.

### 1.- Síntomas primarios y secundarios.

Bleuler clasificó los síntomas según su valor diagnóstico en primarios (manifestaciones directas del proceso patológico - somático) y los secundarios (aquellos que consideró de origen psíquico).

Ambivalencia, autismo, aplanamiento, desociación - ideofectiva representarían a los primarios. Las ideas delirantes, - alucinaciones, amaneramientos, etc., estarían contenidos en los síntomas secundarios.

K. Schneider los divide en síntomas de primer orden (robo de pensamiento, sonorización del pensamiento, voces, etc) - y de segundo orden (ideas delirantes, alucinaciones, etc).

Vallejo Nagera cita como síntomas patognomónicos - "los incomprensibles psicológicamente, no elaborados intrapsíquicamente, que emergen subitamente del proceso esquizofrénico (su origen no deriva de otros síntomas), las cuales aparecen en la conciencia nítidos, elementales, claramente percibidos como extraños - al yo, y que tienen o no pueden tener una etiología que la esquizofrénica". Desecha todos los síntomas que no reúnen estas condiciones.

Pueden tener rango de síntomas esquizofrénicos para este autor los siguientes :

- a) Vivencias de desgobierno de la actividad psíquica.
- b) Vivencias de depersonalización.
- c) Vivencias catastróficas (vivencias del fin del - mundo).

d) Vivencias delirantes primarias (percepciones y -  
ocurrencias delirantes primarias).

e) Vivencias alucinatorias.

Estas mismas vivencias pueden aparecer como síntomas secundarios si no reúnen las condiciones primarias.

## 2.- Sintomatología.

a) Trastornos del pensamiento y comunicación.- -  
Uno de los signos que habitualmente se considera como patognomónico de la esquizofrenia es el trastorno y disociación de los procesos del pensamiento y por ende las asociaciones ilógicas. Dentro -  
de estas alteraciones tenemos :

Incoherencia.- En ella la conexión entre los diferentes pensamientos se desvanece ; llendo desde una ligera alteración hasta una ensalada de palabras (nombres y verbos sin estructura ni -  
conexión que no parece tener significado).

Intercepción.- El curso del pensamiento sufre una fragmentación repentina, que el enfermo puede vivenciarla como -  
un robo de pensamiento.

Aceleración del curso del pensamiento.- Los pensamientos e ideas se suceden atropelladamente y con acentuada rapidez.

Pensamiento sonoro o Eco del pensamiento.- El enfermo escucha su propio pensamiento.

Fuga de ideas.- Divagación de una idea a otra, -  
por lo que el enfermo no es capaz de continuar con una sola idea debido a una gran actividad asociativa.

Para respuestas.- Al hacer una pregunta el enfermo-contesta con frases sin ninguna relación.

Esterotipias verbales.- El paciente repite constantemente la misma palabra.

b) Alteraciones del afecto.- Se observa una escisión de la vida afectiva y la ideacional. Dentro de estas alteraciones tenemos :

Ambivalencia.- Dos afectos contrarios se presentan simultáneamente, el esquizofrénico ama y odia, quiere o no quiere al mismo tiempo.

Congelación o Embotamiento afectivo.- Da la impresión de carencia de afecto, es incapaz de sentir y regular adecuadamente sus emociones.

Incongruencia Emocional.- La expresión afectiva no es acorde a la realidad. (ejem. Se recibe una mala noticia con alegría).

Apatía.- Total indiferencia a todo lo que le rodea.

Despersonalización. Pérdida de los límites de la propia personalidad. Las partes del cuerpo se perciben como extrañas.

c) Alteración de los límites del yo.

Trastornos de la persona.- El enfermo tiene gran dificultad en diferenciar los estímulos interiores de los exteriores, lo real de lo irreal, y son la base de la dificultad de comprender la realidad.

Trastornos de identificación del yo.- El enfermo -

tiene falsas identificaciones pudiendo afirmar : "Soy la reina de Inglaterra" o tener una doble orientación como por ejemplo "Me llaman Ricardo Rodríguez, pero soy "Ricardo Corazón de Leon". - Es característico lo marcadamente absurdo de estas afirmaciones.

Trastornos del gobierno del yo.- Es frecuente encontrar esta alteración que el enfermo vivencia como una sensación de desgobierno de su actividad psíquica, de esta manera expresa que : "me imponen ideas a la fuerza", "me hacen pensar lo que no quiero de mi familia". El paciente se siente como hipnotizado.

Trastornos del esquema corporal.- Acompañados frecuentemente de alucinaciones cenestésicas, no tiene una lesión neurológica que los explique y son exclusivas de la esquizofrenia. Ejem. Sensaciones de violación, robo de semen, la aparición de más piernas o brazos en el cuerpo, etc..

Pérdida del propio.- Los pensamientos y sentimientos son vivenciados como extraños a sí mismo, como si no fuesen de la propia persona.

Despersonalización.- El enfermo se siente "raro", "diferente", "extraño" al tratar de comprender este cambio, proyecta esta misma sensación al exterior, sintiendo también el exterior diferente y cambiado, es lo que se ha dado en llamar la vivencia de extrañeza del mundo. Cuando se acentúan estas características encontramos el desdoblamiento de la personalidad y doble personalidad, y aún, a la desidentificación de la personalidad.

#### d) Alteraciones motoras.

Negativismo.- Es una reacción de defensa psicológica en la cual el paciente presenta oposición y resistencia a todo lo que se le sugiere. Ejecuta todo lo contrario de lo que se le ordena.

**Ecolalia.-** Repetición de palabras o frases que se dicen frente al paciente.

**Ecopraxia.-** Es la imitación de movimientos vistos en otras personas.

**Estupor.-** Inmovilidad del paciente con falta de respuesta a los estímulos y una rigidez absoluta. (Síntoma Catatónico).

**Catalepsia.-** Inmovilidad constante y prolongada en una misma posición.

**Flexibilidad cérea.-** Las articulaciones de la persona pueden ser extendidas o flexionadas con una rigidez semejante a la cera.

**Obediencia automática.-** Las órdenes o peticiones que se le dan al sujeto son ejecutadas automáticamente.

**Agitación Catatónica.-** Es la irrupción de movimientos desordenados acompañados en ocasiones de un deseo incontinente de hablar, comer, etc.

**Estereotipias.-** Repetición constante y persistente de una actividad determinada (sacudir las manos, levantar el pie de una manera uniforme, etc.)

**Amaneramientos.-** Son comunes en la esquizofrenia y pueden tomar forma de muecas, gestos repetidos carentes de sentido llegando en ocasiones a convertirse en hábito.

e) **Alucinaciones.-** Cuando en un enfermo aparecen las alucinaciones al comienzo de la enfermedad, queda sorprendido por el fenómeno, que provoca reacciones de angustia y temor, con su correspondiente correlación de síntomas vegetativos. El enfermo pasa por una fase de "temor a volverse loco", que en ocasiones -

es muy breve, aceptando en pocas horas la realidad de las alucinaciones, mientras que en otros pacientes es duradera. Se acompaña de reacción depresiva y tendencia al suicidio.

Las alucinaciones se clasifican en :

**Auditivas.-** Se presentan en oraciones o palabras - más o menos completos y generalmente son comentarios acerca del - paciente o dirigidos a él. Estos comentarios se presentan en las - más diversas formas ; insultan, ordenan, acusan, critican, profetizan. El paciente puede tratar de rechazarlas tapándose los oídos o dialogar y aún pelear con estas "voces".

**Visuales.-** Por lo general constituyen escenas estáticas aun que pueden encontrarse en ocasiones escenas con movimiento.

**Cenestésicas y táctiles.-** Son frecuentes las relativas a la distorsión de la imagen corporal. Ejem. Sentir las manos - de cristal, la extracción del semen o sensaciones de violación.

**Gustativas y olfatorias.-** Habitualmente su naturaleza es desagradable, se identifican como venenos y gases.

#### f) Ideas Delirantes.

**Delirio de referencia.-** El paciente interpreta los - sucesos externos como si tuvieran una relación directa con su persona. Los sentimientos de culpa pueden facilitar la aparición de las ideas de referencia.

**Delirio de Interceptación.-** Se atribuye a un suceso una consecuencia trascendental. Ejem. "Un señor en el parque - limpio sus anteojos, entonces solo me queda una hora de vida".

**Delirio de Influencia.-** El sujeto siente que algo - o alguien lo tiene bajo su poder sintiéndose indefenso ante esta -

influencia (sentirse hipnotizado, poseido, manejado por seres de otros planetas).

**Delirio de persecución.**- Son favorecidos por el mecanismo de proyección, atribuyéndose a los demás sentimientos propios de agresión y hostilidad. El paciente cree ser el objetivo de una banda de asesinos despiadados, etc.

**Delirio de grandeza.**- El enfermo que postula como conductor de la humanidad o asume un puesto importante en su medio. Estas ideas surgen de sentimientos de inferioridad e insuficiencia y cuya aceptación provocarían angustia y sentimientos de culpa.

**Delirio celotípico.**- El enfermo atribuye infidelidad a su conyuge, al que acusa sin fundamento alguno.

**Delirio de envenenamiento.**- Todos sus enemigos intentan envenenar al paciente.

**Delirio de autoacusación.**- El paciente se cree culpable de todo lo desagradable que ocurre en su alrededor, mitigando sus sentimientos de culpa con autocastigo.

#### g) Síntomas neurológicos y somáticos.

Se han encontrado alteraciones físicas y metabólicas en los esquizofrénicos, una de las más frecuentes es el desequilibrio del sistema nervioso autónomo manifestándose como enfriamiento, cianosis en manos y piel, piel con manchas cianóticas, etc., así como también se llegan a observar alteraciones en la fórmula sanguínea, excreción de triptófano, mengua de la excreción del ácido 5-hidroxi-indolacético, tolerancia a la histamina, etc. Sin embargo, no se ha llegado a ninguna conclusión definitiva debido a la discordancia entre las diversas investigaciones.



## Capítulo II

### FARMACODEPENDENCIA

#### A) Definición de Droga. Clasificación.

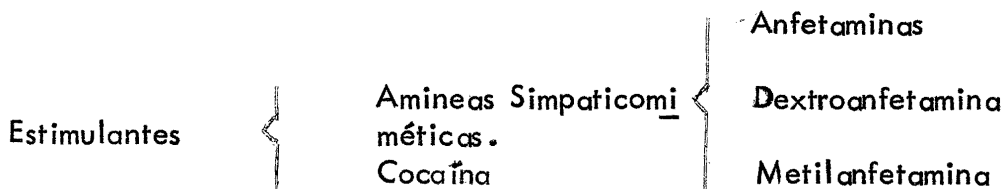
El diccionario nos define droga como "una sustancia o preparación utilizada para tratar una enfermedad".

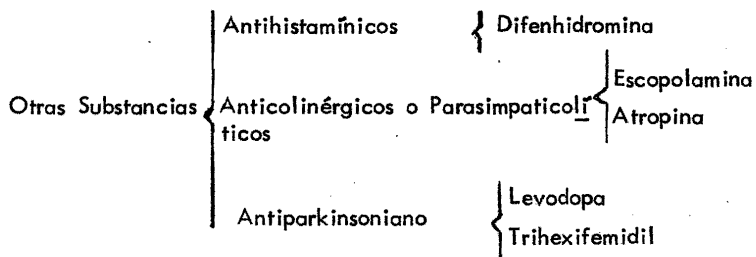
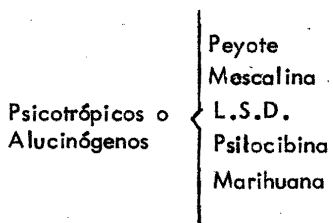
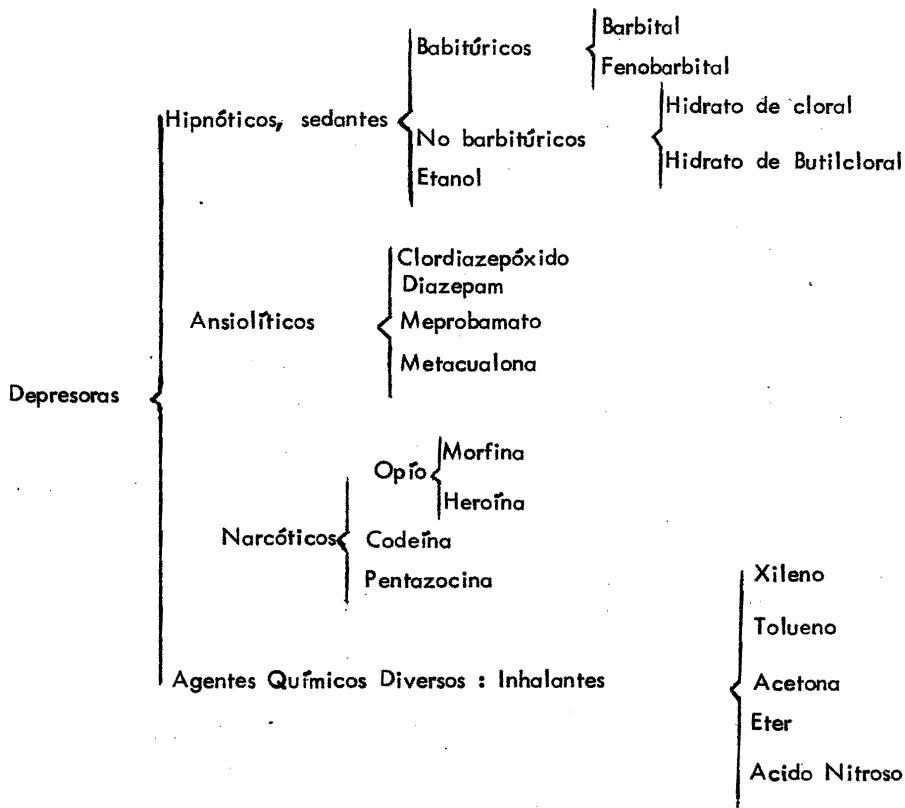
La farmacología la considera como : "Cualquier sustancia que por su naturaleza química altera la estructura o función del organismo viviente".

La medicina la utiliza como término para: "aquellas sustancias químicas que son eficaces para restaurar la salud, así como otras que causan problemas y enfermedades."

Se ha utilizado la palabra tóxico para nombrar a aquellas sustancias que no son empleadas con fines terapéuticos y se define como toda sustancia natural o sintética que al ser introducida al organismo por cualquier vía (oral, intramuscular, nasal, etc.) causa daños que pueden ser parciales o totales.

Las drogas se pueden clasificar en : Estimulantes, depresoras, psicotrópicas o alucinógenas y otras sustancias que a su vez se subdividen de la siguiente manera : (6)





## B) Concepto de Farmacoddependencia. Tipos de Farmacoddependencia.

### Posibles Causas. Características de Personalidad.

Se define como Farmacoddependencia a : "Un estado de dependencia física o psíquica (o ambas) que sucede a la administración de una droga sobre una base periódica o continua".

El Comité de Expertos en drogas que pueden producir adicción considera a la farmacoddependencia como "un estado de intoxicación periódico o crónico, de letargo para el individuo y la sociedad producido por el consumo repetido de una droga (natural o sintética). Sus características incluyen :

1.- Un abrumador deseo o necesidad (compulsión) de continuar tomando la droga consiguiéndola por el medio que sea.

2.- Una tendencia a aumentar la dosis.

3.- Una dependencia psíquica y a veces física de los efectos de la droga" (9).

Se observan dos tipos de dependencia : Física y Psíquica.

La dependencia física (adicción) es un término médico el cual implica que el usuario ha desarrollado una necesidad física respecto a una droga y que su abandono le resulta físicamente doloroso, cuyas características son :

1.- Necesidad de seguir tomando la droga y de obtenerla por todos los medios posibles.

2.- Tendencia a aumentar la dosis.

3.- Dependencia psíquica respecto a los usos de la-

droga.

#### 4.- Efecto nocivo para el individuo y la sociedad.

La dependencia física puede ser aguda, es decir, - cuando se desarrolla a gran velocidad (cuestión de horas) o crónica, que es producida por un tratamiento prolongado a la droga.

Asociado con frecuencia a la adicción genuina y con siderada como "atributo esencial" de ella se observa la aparición - de la tolerancia que, es el fenómeno en el que la administración - repetitiva de la misma dosis, produce un efecto progresivamente me nos intenso, es decir, es la necesidad de aumentar la dosis después de una administración repetida para obtener un efecto de la misma intensidad que se tuvo inicialmente.

Cuando este estado de hiperexcitabilidad inducido - por la droga no se consigue, por falta de ella, se produce el síndro me de abstinencia el cual es un conjunto de síntomas que se presen tan por la no ingestión de drogas y consisten en bostezos, rinorrea, lagrimeo, sudoración profusa, sueño intranquilo con interrupciones - frecuentes (6 a 12 horas después de la última dosis), desasosiego - creciente, dolores de espalda y en las extremidades inferiores, sacu didas en diversos miembros musculares, sensaciones repentinas y - fugaces de calor y frío, escalofríos (a las 24 horas), otros signos de la alteración funcional del sistema nervioso autónoma, entre los - que destacan tanto el aumento de temperatura corporal como el de la tensión arterial, aumento de la frecuencia y amplitud de los movi mientos respiratorios y dilatación de las pupilas que inicialmente - estaban en constricción alcanzando a las 48 horas su máxima inten sidad, manifestándose como náusea, contracciones diafragmáticas - violentas, vomito diarrea, anorexia y pérdida rápida de peso corpo ral. Después de 72 horas éste comienza a atenuarse gradualmente - y entre los 5 y 10 días ya han desaparecido la mayor parte de los síntomas y signos aunque puede persistir por varias semanas cierto - grado de debilidad, insomnio, desasosiego y dolores musculares. -

Transcurren de 4 a 6 meses antes de que algunas variables fisiológicas vuelvan a un valor estable. Hay casos en que a los 6 meses de iniciada la abstinencia se observa una hiperreactividad del sistema nervioso autónomo.

La dependencia psíquica (habituación) se refiere a la necesidad de recibir en forma periódica o continua un agente químico y cuya discontinuación repentina no acarrea cambios biológicos u orgánicos ostensibles (abstinencia) ni requiere de un aumento de la dosis para conseguir los mismos efectos (tolerancia). El usuario está convencido de que necesita una cantidad regular de droga para disipar su sufrimiento o para producir placer, llegando a constituir un componente básico en su vida.

La farmacodependencia resulta de la interacción de varias causas así como de un desequilibrio en el desarrollo y en el funcionamiento de la personalidad. Algunas de estas causas son reales y otras no son más que justificaciones que argumenta el adicto. Podríamos distinguir :

#### Factores Sociales.

Una actividad de desafío a la sociedad y a los adultos de parte de los adolescentes o individuos inmaduros.

La asociación con grupos de adictos ya sea por la necesidad de aceptación o por imitación.

El encontrarse en sitios donde se incite a la población a drogarse y donde se facilite el tráfico de drogas.

Campaña de publicidad en libros y revistas, etc., que despiertan la curiosidad de los individuos.

## Factores Familiares.

Un núcleo familiar poco estructurado.

## Factores Individuales.

Una personalidad antisocial o asocial, aunque el neurótico y el psicótico también están predispuestos por sus problemas afectivos.

La incapacidad para solucionar los problemas.

Usarla como un medio de encontrar emociones fuertes, para facilitar la autoestimación y la confianza en sí mismo. Para reducir inhibiciones, angustias y tensiones por medio de una vida de estupor parcial.

Buscar acrecentar sus capacidades de percepción, entendimiento y "creatividad" a fin de ganar prestigio ante los demás.

Por considerarse víctima de la sociedad y buscar un escape. El deseo de producir y perpetuar en sí mismo un estado existencial más satisfactorio.

Entre las características de personalidad de los farmacodependientes se observa básicamente que son personalidades inadecuadas, emocionalmente inmaduras y dependientes, que se sienten incapaces de solucionar sus problemas, con tendencias a la pasividad y sentimientos de inferioridad. El adicto no desarrolla controles internos por lo que sus necesidades requieren de una satisfacción inmediata, esto origina que se siente frustrado continuamente (baja tolerancia a la frustración). No tiene deseos de esforzarse para lograr lo que desea por lo que nunca sus metas son a largo plazo ni de superación buscando realizar sus ideales a través de los efectos

de la droga. Generalmente presentan una personalidad antisocial o asocial originada por imagenes paternas ambivalentes y faltas de afecto. (19)

### C) Drogas Psicotrópicas. Cuales son. Efectos.

Reciben el nombre de psicodélicas o psicotrópicas porque "alteran o amplian la mente", de Alucinógenas porque producen alucinaciones, sonidos e imagenes que no existen en la realidad; y Psicotomiméticas porque pueden originar estados psicóticos-pasajeros.

Las drogas psicotrópicas más comunes son :

La Marihuana

LSD (Dietilamida del Acido Lisérgico)

Psilocibina (Principio activo de hongos "Sangrados" - mexicanos)

Mezcalina (Ingrediente que contiene el peyote)

DMT (N,N-dietil-triptamina)

STP (2.5-dimetoxi-4-metilanfetamina)

DET (N, N-dietil triptamina)

Nos ocuparemos en especial de este tipo de drogas - debido a que nuestra población experimental (Gpo. 2) usan habitualmente este tipo de sustancias; y específicamente a la marihuana - que constituyó el principal consumo.

## MARIHUANA.

Se prepara de la planta canabina conociéndole con diferentes nombres según el lugar. Para su producción se utilizan las hojas, ramas y semillas. Este tipo de droga altera los estados de conciencia y afectividad.

La dependencia a la marihuana es un estado provocado por el uso repetido de la misma, caracterizándose por : La necesidad de seguir tomando la droga a causa de los efectos subjetivos que produce ; la no existencia de la necesidad de aumentar la dosis (tolerancia); dependencia psíquica respecto a sus efectos y la ausencia de dependencia física (11)

La ausencia de dependencia física hace que no se considere una droga adictiva sino más bien una droga que produce dependencia psíquica (habitación).

Existe gran diversidad en opiniones respecto a la "hipotesis del escalón" la cual sostiene que la marihuana sirve de puerta de entrada o iniciación a otras drogas más peligrosas. Existen datos estadísticos de 1960 a la fecha que refutan la teoría del "escalón" : Los arrestos ligados a los opiáceos han disminuido en tanto que los relacionados con la marihuana han aumentado en más de un 400% (en el estado de California). (12)

Se podría decir que hay 3 tipos de fumadores de marihuana :

Los crónicos.- Son los que están enervados la mayoría del tiempo, son incapaces de llevar una vida convencional y responsable, presentan alteraciones de carácter importantes.

Los ocasionales.- Constituyen el mayor porcentaje de consumidores, su hábito se reduce a fumar una o dos veces por semana o con mayor espacio; se considera que no tienen graves



problemas de personalidad, su hábito se origina en función de su estado de ánimo.

Los ocasionales.- Fuman cuando se la ofrecen, no la adquieren para su uso y su consumo es en gran parte social.

P. Laurie considera que "Los efectos fisiológicos y - Psicomotores son leves y sin importancia si se comparan con toda - la gama de efectos mentales" (12)

El comienzo de sus efectos es casi instántaneo a causa de la rapidez de la absorción en la sangre al circular por los pulmones, se observa un cambio repentino del estado de ánimo así como un estado de ensoñación, laxitud o bien agitación e hiperactividad siendo esto menos frecuente. Hay ansiedad llegando a pánico que se vincula casi siempre a temores de muerte, es como un "presentimiento angustioso" y un sentimiento de recelo al que sigue una sensación de serena calma que sumenta hasta llegar a una mediana euforia.

J.H. Jaffe señala que "hay a menudo muy notorias alteraciones del estado de ánimo, considerando que el efecto de mayor predominio es un sentimiento de extremo bienestar, exaltación alborozo y alegría íntima al que sigue casi siempre una ensoñación caprichosa y en ocasiones un estado depresivo que también puede ser el inicial y predominante de la experiencia" (12)

Walton considera que uno de los efectos que con mayor frecuencia se observa es el sentimiento de irrealidad siendo de las primeras sensaciones que experimentan así como una especie de anestésia sensorial que según este autor contribuye al sentimiento de irrealidad. (12)

D).- Estudios Previos.

Uno de los tropiezos más frecuentes cuando se eva--

lvan los estudios realizados con marihuana, lo constituye el que no se establece un control en las poblaciones que sirven de muestra, - ni en la dosis de la droga asi como tampoco de la circunstancias - previas a su aplicaci3n.

Antes de 1969 el 6nico estudio controlado sobre la - marihuana es Estados Unidos fu6 llevado a cabo por la Academia - de Medicina de New York entre 1939 y 1942. Se concluy3 en es - ta investigaci3n que : a) La marihuana no causa delincuencia infan - til; b) No llevaba a la adicci3n; c) No producía deterioro - ffsico o mental; d) No producía muerte; e) Provocaba sensa - ciones parecidas a las producidas por el alcohol. En este estudio se utilizaron el test de memoria repetitiva, memoria de objetos y memoria visual. Se encontr3 que no había cambios significativos - en la ejecuci3n de los test, excepto, en el test de memoria repe - tiva encontrándose un deterioro relativamente pequeño de esta capa - cidad y que aparentemente estaba en relaci3n con la cantidad de - droga administrada.(12)

En un estudio en U C L A del Dr. Hochman se uti - lizaron sujetos intoxicados para desempeñar diversas tareas que cons - taban de: Comprensi3n de instrucciones estandar, percibir y reco - nocer visualmente estímulos, mantener recuerdos inmediatos, memoria a corto plazo, coordinar la abstracci3n en una prueba de resoluci3n de problemas, coordinar movimientos manuales con la abstracci3n. Se encontr3 que el desempeño de los sujetos intoxicados en niveles de uso social -0.5 gr. de 1.5 mg% de fuerza (75 mg en total)- - no disminuy3 su ejecuci3n. (14)

En lo referente a la administraci3n de la prueba de - Rorschach a sujetos intoxicados, Fraenkel encontr3 que se atribuía - una importancia anormalmente significativa a los detalles. (12) - La guardia reporta en sus resultados "un ligero aumento del número real de interpretaciones que se dieron", y también que "aument3 - lo que hablaron y los comentarios ajenos al asuntos, los sujetos se - recreaban en las respuestas y a menudo las repetían". (12)

En relación a los efectos de la marihuana en el rendimiento intelectual los resultados se orientan hacia dos posiciones polares : 1.-Que la marihuana tiene un efecto depresor sobre las funciones mentales suponiendo que esta alteración es está en función directa con la magnitud de la dosis. 2.-Que la marihuana tiene escaso efecto o ninguno sobre el rendimiento intelectual o mental. (12)

En lo referente a estudios sobre reacciones adversas (síndromes cerebrales agudos y psicosis) ocasionados por la marihuana tenemos :

Bromberg 34; Dreyer 36; Allentuck 65; Keeler 68; Milman 69; Perna 69; encontraron ansiedad intensa y pensamientos alucinatorios. (14)

Ames 58; Encontró delirio y confusión con temor a la muerte.

De Farias 55; Chopra 57 y Benabud 57 también atribuyen efectos psicotizantes. (14)

Estos informes han sido rechazados debido basicamente a las fallas científicas de los datos.

Chopra en un estudio más reciente (71) ha dado un punto de vista racional sobre el potencial de marihuana para inducir psicosis. Concluye que aquellas personas con antecedentes de problemas psicológicos sufren reacciones adversas de tipo psicótico con mayor frecuencia como consecuencia de la marihuana. Afirma que los únicos casos de psicosis irreversible han ocurrido en pacientes ya psicóticos o que estaban muy cerca de este estado antes de su reacción a la droga. (14)

## Capítulo III

### PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

#### A) Concepto.

El psicodiagnóstico de Rorschach es una prueba proyectiva de la personalidad, la cual consiste en interpretar manchas de tinta sin configuración determinada. La preparación de estas láminas fué llevada a cabo dejando caer en una hoja blanca de papel algunas gotas de tinta que, al plegarla en dos, se extienden en ambas mitades de la hoja obteniéndose así manchas simétricas con insignificantes diferencias entre una y otra mitad. Para que pudieran ser útiles las diez láminas de las que consta la prueba, fue necesario realizar un número considerable de manchas sometidas a diferentes ensayos, hasta obtener una serie, la cual reuniera determinadas características tales como : un ritmo espacial, ser relativamente simples y una adecuada simetría. La prueba consta de cinco láminas acromáticas y cinco cromáticas numeradas del I al X y cuyas dimensiones son de 18 por 24 1/2 centímetros.

#### B) Historia.

El primer empleo de las manchas de tinta como material psicológico se halla descrito en un libro intitulado "Klehsographien" publicado en 1857 en Tubinga, Alemania y cuyo autor, Justinus Kerner, le pareció imposible producir manchas de tinta con arreglo a un plan preconcebido, ya que éstas tendrían más bien a imponerle su sentido y significación al productor.

Desde este primer empleo de las manchas de tinta hasta su aplicación metodológica, pasó un tiempo considerable, siendo Binet quien surgió, en 1895, el uso de ellas para diversos rasgos de la personalidad. Posteriormente Whipple publicó en 1910 las primeras series estandarizadas de las manchas de tinta.

En estos intentos iniciales de utilizar las manchas - de tinta como material psicológico el foco de atención de los inves tigadores se concentró en el sentido de las respuestas del sujeto a - las manchas de tinta, siendo éstas un estímulo para las asociaciones libres ya que denunciaban la naturaleza de la actividad imaginativa del sujeto.

Herman Rorschach nacido en Zurich, Suiza, el 8 de noviembre de 1884 comenzó a interesarse por las manchas de tinta - en 1911, prosiguiendo su interés durante los diez años siguientes - y publicando sus resultados en 1921 en una monografía intitulada - "Psychodiagnostik". Como resultado de estos años de experimentación fué la selección, después de miles de manchas de ensayo, de la serie estandarizada de las diez láminas de manchas de tinta que actualmente conocemos. El interés de Herman Rorschach no solo se concretó a describir lo que el sujeto veía y en las asociaciones - libres que pudiera hacer, sino en lo que pudiera reflejar en ciertas categorías formales que describen las características de las formacio nes conceptuales y las cuales están en función de la estructura de - la estructura de la personalidad del sujeto.

Muerto Rorschach en 1922, Emil Oberholzer, uno de - sus más íntimos colaboradores médicos, publicó en 1923 una mono - grafía en donde describía una serie de aplicaciones y diferenciacio nes de la técnica desarrollada por Herman Rorschach, comenzando - por demostrar la manera demorada y laboriosa en que debe trabajar un examinador de Rorschach o sea, el cuidadoso manejo del material en bruto, la aplicación y la tabulación de los datos, y terminando con la interpretación de los mismos. Esta interpretación tiene sus fundamentos en ciertos supuestos empíricos tomados de los diversos - factores revelados en la clasificación y tabulación, y a partir de las cuales se puede realizar inferencias clínicas que proporcionan un - cuadro consistente y muy bien elaborado de la personalidad.

Entre las más importantes contribuciones al método - de Rorschach se encuentran los artículos de Furrer en 1925 acerca -

de las respuestas de movimiento y de Binder en 1932 sobre las respuestas de claroscuro, quienes emplearon el método en otros campos ajenos a la psiquiatría clínica.

David Levy introdujo en los Estados Unidos el método de Rorschach, y Samuel S. Beck, bajo la influencia de Levy, fué el primer psicólogo norteamericano que trabajó con el Rorschach, - ambos entrenados por Oberholzer en 1923-1924 y en 1928 respectivamente.

Juan D. Benjamín hizo en Suiza el entrenamiento - y fundó en Denver, Colorado, un centro para la aplicación clínica del método de Rorschach.

En la "Brush Foundation", en Cleveland, Ohio, - Marguerite Hertz publicó en 1934 una serie de artículos dedicados al estudio de los adolescentes y a los procedimientos de validación del método.

Desde 1921 a 1936 un gran número de psiquiatras - y psicólogos de 14 países contribuyeron a la expansión y progreso - del método, siendo Vernon en 1933 y 1935 y Hertz en 1935 quienes revisaron y publicaron en forma sistemática todas estas contribuciones.

A partir de 1936 cuando apareció una publicación - trimestral del "R. Research Exchange" en la que se fundamentaba - el valor científico de la técnica de Rorschach, el método se difundió rápidamente llegando a constituirse en 1939, una organización - profesional, el "Rorschach Institute" destinado a servir como centro de investigación y de entrenamiento.

### C) Aplicación, Calificación e Interpretación.

Se le muestran al sujeto las láminas una por una y - en el orden establecido, pidiéndole que diga que se imagina que -

podría ser lo que está percibiendo. El examinador debe anotar todas las respuestas que el sujeto le proporcione, así como también la posición y el tiempo que tardó en dar la primera respuesta a cada una de las láminas.

Una vez obtenidas las respuestas, se procede a cuantificarlas empleando una serie de conceptos y símbolos que de acuerdo con Bruno Klopfer son :

W, D, d para localizar en la lámina la respuesta que dió el sujeto.

H, A, Obj, Sex, Anat, para saber el contenido de la respuesta.

F, M, C, C', K, k, c, para indicar lo que determinó la respuesta.

A cada respuesta se le va a asignar un nivel de estructuración asignándole un número o una calificación, constituyendo este el nivel formal de la respuesta. A estos números se les va a poner un signo (+ ó-) dependiendo del grado del examen de realidad que el sujeto proporcione en sus respuestas; es decir, del grado de percepción que dé.

Una vez calificadas y cuantificadas todas las respuestas se trasladan a un cuadro configuracional para tabularlas e interpretarlas. La interpretación de las diversas categorías de puntaje es variable para todos los sujetos en virtud de la misma naturaleza de la personalidad humana, complicando así llevar a cabo una interpretación estándar.

#### D) Confiabilidad y Validez.

Al hablar de confiabilidad del Psicodiagnóstico de Rorschach, Bhom se está refiriendo no solo a la estabilidad de la

prueba sino también a la objetividad del examinador para calificar e interpretar los resultados.

Binder escribe que la subjetividad de quien califica un protocolo no influye de manera relevante en los resultados y en la interpretación siempre y cuando la persona que lo valore, sea un verdadero experto de la prueba.

Una comprobación de la objetividad del Rorschach - fué investigada por Guilav V. Lienet y F.K. Matlahael : 10 expertos y 19 estudiantes ordenaron 5 protocolos de Rorschach según inteligencia, emocionabilidad y adaptación social encontrando una correlación de 0.6 para ambos grupos en inteligencia y 0.58 para los expertos y 0.44 para los estudiantes en emocionabilidad y adaptación.

Irving A. Fosberg ha comprobado la estabilidad del test aplicando 4 veces la prueba a un mismo sujeto con las siguientes indicaciones : 1) en condiciones habituales, 2) con instrucciones de dar la mejor impresión, 3) Instruido para causar el peor efecto posible, 4) con indicaciones para la observación de determinados detalles, obteniendo una correlación de .90-.80.

La prueba de Rorschach es válida ya que cumple los requisitos para los que fué realizada; es decir, para dar un diagnóstico de la personalidad, y así la han demostrado Benjamín y Ebaugh al comparar el diagnóstico de Rorschach en 50 pacientes obteniendo una correlación de 0.85 en todos los detalles y .98 en los datos principales; y Lothar Michel, al comparar el diagnóstico de la inteligencia por el test de Rorschach con un test psicométrico, encontrando una elevada correlación.



## Capítulo IV

### INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA.

#### A) Concepto.

El inventario multifásico de la personalidad de minnesota es un conjunto de 566 preguntas diseñado para evaluar las manifestaciones conductuales más importantes de la personalidad.

#### B) Historia.

En 1939 dadas las exigencias de un diagnóstico clínico confiable, Hathaway y Mc Kinley reunieron diferentes frases, correspondientes a cada grupo psiquiátrico, con el fin de elaborar escalas o perfiles y obtener puntajes de cada uno de estos rasgos.

Inicialmente se obtuvieron 1200 frases que se redujeron a 504 y actualmente consta de 550 originales y 16 repetidas.

La muestra estuvo integrada por personas de ambos sexos con una edad fluctuante entre los 16 y 55 años, dividiéndose en sujetos: normales, pacientes neuropsiquiátricos, universitarios y preparatorianos, tuberculosos y epilépticos, comparándose así sujetos normales con casos clínicos, y obteniéndose las escalas siguientes: hipocondriasis, depresión, histeria, personalidad psicopática, masculinidad, feminidad, psicastenia, esquizofrenia e hipomanía.

Los doctores A Bernal y E. Fernández realizaron la traducción al español del M.M.P.I. en su primer versión; y la revisión y adaptación estuvo a cargo del DR. Rafael Muñoz O.

## C) Descripción de las escalas.

### 1.- Escalas de Validez.

Escala No puedo decir.- Corresponde a las respuestas no contestadas. Cuando es numerosa invalida los otros puntajes. Esta escala es índice de factores de personalidad pero no se ha estudiado aún suficientemente. En depresivos y psicasténicos se ha encontrado un puntaje alto en esta categoría.

Escala de Mentira L (15 frases).- Permite considerar el grado en que el sujeto intenta falsear sus respuestas, con el objeto de dar una posición favorable socialmente.

Escala de Validez F (15 frases).- El puntaje de F determina la validez total de el protocolo. Si es alto es invalida la prueba, y si es bajo, señala un índice de validez confiable.

Escala de Corrección K (30 frases).- Se utiliza - como corrector de las escalas clínicas, pero también es índice de - ciertos rasgos de personalidad.

### 2.- Escalas Clínicas.

Escala de Hipocondriasis (Hs).- Asociada a un interés anormal con respecto a las funciones corporales. Se describen quejas y dolores constantes. Se ha visto que una alta puntuación en esta escala se asocia con un exceso de preocupación somática.

Escala Depresión (D).- Asociada con el estado - de ánimo. Altos puntajes en esta escala indican pobreza moral, - pesimismo, sentimientos de inadecuación, etc. Son personas que - se preocupan constantemente por la muerte.

Escala Histeria (Hi).- Altos puntajes en esta escala - son comparados con personas que han desarrollado síntomas de histe

ria de conversión; parálisis genéras, síntomas gástricos o intestinales o padecimientos cardíacos. Es probable que estas personas empleen síntomas físicos para eludir conflictos o responsabilidades.

Escala Desviación Psicopática (Dp).- Mide el grado en que el sujeto se asemeja a un grupo de personas caracterizadas por una ausencia marcada de respuesta emocional profunda, no se benefician de la experiencia y presentan gran preocupación por la moral. Son agradables e inteligentes, aunque altamente peligrosos para sí mismos y para la sociedad.

Escala Masculino - Femenino (Mf) .- Mide tendencias en los roles básicos masculino y femenino. Un alto puntaje indicaría la desviación del rol en dirección al sexo opuesto. La homosexualidad no puede ser asociada con un alto puntaje si no se tiene una evidencia adicional. Se deben de tomar en cuenta las normas culturales para evaluación y validez de esta escala.

Escala Paranoia (Pa).- Esta escala contrasta personas normales con un grupo de pacientes caracterizados por delirios de grandeza, persecución, suspicacia e hipersensibilidad. Es frecuente observar que se asocian reacciones paranoides con esquizofrenia o reacciones depresivas. Por esta razón está escala se desarrollo para detectar patrones clínicos de paranoia pero no para evaluar estas manifestaciones en conjunción con otras reacciones de personalidad.

Escala Psicastenia (Pt).- Es una medida de correlación entre sujetos normales y pacientes psiquiátricos que muestran conducta fóbica o compulsiva, tales como un continuo lavado de manos o efectuar actividades poco efectivas.

Escala Esquizofrenia (Es).- Las respuestas en esta escala del Inventario Multifásico de la Personalidad son comparados por las respuestas dadas por pacientes que se caracterizan por una conducta extraña, poco usual. Existe una escisión entre la vida subjetiva del paciente, en grado tal que no es posible comprender

al paciente en su conducta. Frecuentemente son clasificados por las personas como frios, indiferentes e inaccesibles. Esta escala distingue aproximadamente el 60% de pacientes clínicos diagnosticados con esta reacción.

La escala de hipomanía (Ma).- Los pacientes con este padecimiento se caracterizan por una marcada productividad. Es difícil diferenciar a estas personas de las normales que son ambiciosas y enérgicas. Podríamos decir que los hipomaniacos presentan estas características de los normales pero más acentuadas que la generalidad. Es emprendedor, activo y entusiasta, trata de cambiar el mundo pero después pierde el interés en sus actividades.

### 3.- Escalas Adicionales.

Escala Social Introversi3n-Extroversi3n (Si).- Esta escala mide la tendencia a aislarse de los contactos sociales y las responsabilidades. Un puntaje elevado correspondería a tendencias a la introversi3n, puntajes bajos corresponderían a tendencias a la extroversi3n.

Existen otras escalas como :

- Escala A (Primer Factor)
- Escala R (Segundo Factor)
- Escala Es (Fuerza del Ego)
- Escala Lb (Low back pain)
- Escala Dy (Dependencia)
- Escala do (Dominancia)
- Escala Re (Responsabilidad)
- Escala Pr (prejuicio)
- Escala St (Estatus Social)
- Escala Cn (Control).

#### D) Confiabilidad y Validez.

En algunos estudios sobre la validez de las contestaciones dadas por cada sujeto se han encontrado un amplio grado de confianza aún cuando sean protocolos de sujetos con baja escolaridad, mentalidad baja o enfermedad mental. (23)

Los datos obtenidos sobre la confiabilidad del M.M.P.I. son satisfactorios. Hathaway y Mc Kinley; Cottle; Holzberg y Alessi, han informado coeficientes significativos con relación a la confiabilidad de la prueba. (23)

Vale la pena aclarar que un diagnóstico clínico basado en el M.M.P.I., no puede ser aceptado como final y confiable si no va acompañado de la información clínica obtenida colateral y directamente por el examinador.

## SEGUNDA PARTE

### Capítulo I

## DISEÑO EXPERIMENTAL

### A) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hemos observado en el campo clínico que gran parte de los Farmacodependientes poseen características psicológicas - similares a las de los Esquizofrénicos, como son: Pensamiento autista, poco interés por las personas, mal examen de realidad, disgregación del pensamiento, nivel de aspiraciones muy alto en relación a su eficiencia, así como también conflictos con las figuras paternas y en las expresión de sus emociones.

Por lo anterior presuponemos que a través de la aplicación de pruebas psicológicas estaremos en la capacidad de discriminar las semejanzas y diferencias entre estos dos grupos.

### B) HIPOTESIS

Hipótesis General.- Si se obtienen puntajes semejantes en las pruebas aplicadas a un grupo de Esquizofrénicos y otro de Farmacodependientes, entonces estos dos grupos poseen características psicológicas similares.

Hipótesis Subyacentes.- Estas fueron establecidas con una proposición de no diferencia, empleando los sub-índices e para referirnos al grupo de Esquizofrénicos y fd para el grupo de Farmacodependientes, siendo éstas:

$$1) R_e = R_{fd}$$

En donde R mide el número de respuestas al Psico-

diagnóstico de Rorschach.

$$2) W\%_e = W\%_{fd}$$

En donde W% mide el porcentaje de respuestas de -  
tipo global.

$$3) D\%_e = D\%_{fd}$$

En donde D% mide el porcentaje en respuestas de -  
detalle.

$$4) d\%_e = d\%_{fd}$$

En donde d% mide el porcentaje de respuestas de -  
detalle pequeño.

$$5) (Dd \text{ y } S)_e = (Dd \text{ y } S)_{fd}$$

En donde (Dd y S) mide el número de respuestas de  
espacio y de detalle raro.

$$6) A\%_e = A\%_{fd}$$

En donde A mide el número de respuestas de conte-  
nido animal.

$$7) H\%_e = H\%_{fd}$$

En donde H mide el número de respuestas de conte-  
nido humano.

$$8) Obj \%_e = Obj \%_{fd}$$

En donde Obj % mide el número de respuestas cuyo

contenido son objetos.

$$9) NF_{\max_e} = NF_{\max_{fd}}$$

En donde NF max mide el nivel formal máximo.

$$10) NF_{\text{med}_e} = NF_{\text{med}_{fd}}$$

En donde NF med mide el nivel formal medio.

$$11) NF_{\min_e} = NF_{\min_{fd}}$$

En donde NF min mide el nivel formal mínimo.

$$12) t'_e = t'_{fd}$$

En donde  $t'$  mide el tiempo de reacción a las láminas acromáticas.

$$13) t''_e = t''_{fd}$$

En donde  $t''$  mide el tiempo de reacción a las láminas cromáticas.

$$14) F\%_e = F\%_{fd}$$

En donde F% mide el porcentaje de respuestas cuyo determinante es la forma.

$$15) F + \%_e = F + \%_{fd}$$

En donde  $F +$  mide el porcentaje de respuestas cuyo determinante es la forma, y además, están bien vistas.



$$16) (M:C)_e = (M:C)_{fd}$$

En donde (M:C) mide el tiempo vivencial consciente.

$$17) (FM+m : Fc + c + C')_e = (FM + m : Fc + c + C')_{fd}$$

En donde (FM+m : Fc + c + C') mide el tipo vivencial inconsciente.

$$18) \frac{FK + F + Fc}{R} \%_e = \frac{FK + F + Fc}{R} \%_e$$

En donde  $\frac{FK + F + Fc}{R} \%$  mide el control constrictivo de los impulsos.

$$19) (VIII + IX + X \%)_e = (VIII + IX + X \% )_{fd}$$

En donde VIII + IX + X % mide el porcentaje de - respuestas dadas a las láminas VIII, IX y X del Psicodiagnóstico - de Rorschach.

$$20) X \%_e = X \%_{fd}$$

En donde X% mide el porcentaje de respuestas da-- das a la lámina X del Psicodiagnóstico de Rorschach.

$$21) (FC: CF + C)_e = (FC: CF + C)_{fd}$$

En donde FC; CF + C mide la forma de expresar - los afectos.

$$22) (W: M)_e = (W:M)_{fd}$$

En donde W: M mide el nivel de aspiraciones en re

lación a su eficiencia.

$$23) (M: FM)_e = (M: FM)_{fd}$$

En donde M: FM mide control de los impulsos y capacidad de demora.

$$24) (FK + Fc: F)_e = (FK + Fc: F)_{fd}$$

En donde FK + Fc: F mide necesidades de afecto.

$$25) (DIF: INDIF)_e = (DIF: INDIF)_{fd}$$

En donde DIF: INDIF mide mecanismos de defensa - que emplean los sujetos.

$$26) (ACROM: CROM)_e = (ACROM: CROM)_{fd}$$

En donde ACROM: CROM mide la expresión de sus emociones.

$$27) SUCESION_e = SUCESION_{fd}$$

En donde SUCESION mide el curso del pensamiento.

$$28) CHOQUES_e = CHOQUES_{fd}$$

En donde CHOQUES mide los problemas que presentan los sujetos con las figuras que simbolizan cada una de las láminas.

$$29) RECHAZOS_e = RECHAZOS_{fd}$$

En donde RECHAZOS mide el conflicto que presenta el sujeto con las figuras que simbolizan cada una de las láminas.

$$30) X_{L_e} = X_{L_{fd}}$$

En donde L mide el grado de franqueza que muestran los sujetos al responder al Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota.

$$31) X_{F_e} = X_{F_{fd}}$$

En donde F mide el grado de perturbación emocional de los sujetos.

$$32) X_{K_e} = X_{K_{fd}}$$

En donde K mide mecanismos de defensa.

$$33) X_{Hs_e} = X_{Hs_{fd}}$$

En donde Hs Hipocondriasis.

$$34) X_{D_e} = X_{D_{fd}}$$

En donde D mide depresión.

$$35) X_{Hi_e} = X_{Hi_{fd}}$$

En donde Hi mide Histeria.

$$36) X_{Dp_e} = X_{Dp_{fd}}$$

En donde Dp mide desviaciones psicopáticas.

$$37) X_{Pa_e} = X_{Pa_{fd}}$$

En donde Pa mide paranoia.

$$38) X_{Pt_e} = X_{Pt_{fd}}$$

En donde Pt mide Psicastenia.

$$39) X_{Es_e} = X_{Es_{fd}}$$

En donde Es mide Esquizofrenia.

$$40) X_{Ma_e} = X_{Ma_{fd}}$$

En donde Ma mide los estados maniaco-depresivo del sujeto.

$$41) X_{Si_e} = X_{Si_{fd}}$$

En donde Si mide el grado de introversión y de extroversión.

### C) PROCEDIMIENTO

La muestra se integró de pacientes Psiquiátricos de -

ambos sexos, hospitalizados (en Sanatorios Privados), lo que nos permitió un mayor control de los mismos, formando 2 grupos de 20 sujetos cada uno, y distribuidos de la siguiente forma:

Grupo I.- 20 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia establecido por los Psiquiatras de la Institución, siendo éste el grupo que nos dió las características básicas para realizar la comparación. La edad fluctuó entre 20 y 30 años puesto que en este intervalo es cuando se manifiestan con mayor frecuencia los síntomas Esquizofrénicos, y en general la Esquizofrenia.

Grupo II.- 20 pacientes diagnosticados por los Psiquiatras de la Institución como Farmacodependientes, siendo la Marihuana su principal consumo, ya que las posibilidades (económicas, sociales, religiosas, etc.) de obtener esta droga son mayores. Las edades fluctúan entre 15 y 25 años puesto que en este intervalo se encuentra el mayor número de Farmacodependientes hospitalizados.

Variables Experimentales.- Entre las variables controladas se contaron el número de sujetos, la edad, la hospitalización, el diagnóstico y el tipo de adicción. Las no controladas fueron el sexo, ya que el número de mujeres hospitalizadas con las características requeridas para el estudio era mínimo; el estado civil, debido a que nuestro objeto no fue comparar las características psicológicas de cada estado civil; la escolaridad, puesto que es una variable que no afecta las condiciones de esta investigación; la ocupación y el nivel socio-económico, ya que éstas no son determinantes para que se presente una Esquizofrenia o una Farmacoddependencia.

#### D) MATERIAL

Los instrumentos empleados fueron las Pruebas Psicológicas siguientes:

1.- El Psicodiagnóstico de Rorschach, debido a que nos proporciona datos que nos permiten analizar y cuantificar la estructura de la personalidad; no es susceptible de manejo por parte del paciente, ya que la poca estructuración de la prueba no permite suponer, al paciente, cuales respuestas son adecuadas e inadecuadas, y la consideramos un instrumento válido y confiable. Se administró realizando la aplicación con cierta modificación, ya que se hizo la encuesta inmediatamente después de la respuesta debido a la disgregación de los pacientes, y una sola sesión.

2.- El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, el cual nos permite analizar y cuantificar aspectos conductuales, dándonos la oportunidad de medir importantes fases de la personalidad en un sólo test, además de que es un instrumento que está estandarizado y con un alto grado de confiabilidad y validez. Se les proporcionó a los sujetos un cuadernillo con una hoja de respuestas para que lo llevaran a cabo. Hubo algunos pacientes a los cuales se les aplicó la forma corta del M.M.P.I. debido a sus condiciones psicopatológicas, así como también fue necesario leer, en varios casos, las preguntas del Inventario.

## E) TRATAMIENTO DE LOS DATOS.

En el Psicodiagnóstico de Rorschach los datos que fueron susceptibles de promediar fueron tratados para obtener la media ( $\bar{X}$ ), comparando los promedios mediante la "t" de Student empleando un nivel de significación para contrastar las hipótesis de 0.05 y 38 grados de libertad (1.959 en la tabla estadística). Con las fórmulas, además de la "t" de Student y la media ( $\bar{X}$ ), se obtuvieron aquellos resultados que estuvieron por arriba y por abajo del puntaje esperado, comparando los datos de ambos grupos. Con algunos otros datos sólo se tomó la frecuencia de casos en

una determinada categoría.

En el inventario Multifásico de la Personalidad los datos también fueron tratados estadísticamente empleando la "t" de Student con los mismos grados de libertad y nivel de significancia que en el Psicodiagnóstico de Rerschach.

Se empleó la distribución "t" de Student debido a que es una muestra de un número menor de 30 casos, así como también, para darnos un índice de correlación el cual demostrará si, estadísticamente, los resultados de ambos grupos son significativos. Ahora bien, si se aceptan las hipótesis nulas (enunciadas con una proposición de no diferencia), cualquier diferencia aparente entre ellas se atribuye al azar o a fluctuación estadística; desprendiéndose esto de que matemáticamente 2 distribuciones normales de iguales medidas y desviaciones típicas son idénticas.

## TERCERA PARTE

### Capítulo I

## RESULTADOS

### A) RESULTADOS

En la prueba de Rorschach encontramos que:

La hipótesis 1 fue aceptada (gráfica A) debido a que  $t = 1.5330$  y se obtiene que el número de respuestas de los Esquizofrénicos es "igual" al número de respuestas de los Farmacodependientes.

La hipótesis 2 fue rechazada (tabla 1) ya que  $t = 2.4722$ , obteniéndose  $W\%_e < W\%_{fd}$ , lo que nos indica que los Farmacodependientes presentan porcentajes mas altos en respuestas de tipo global, que los Esquizofrénicos.

La hipótesis 3 fue aceptada (tabla 1) puesto que  $t = 0.48$ , y se observa que ambos grupos obtienen porcentajes similares en respuestas de detalle.

La hipótesis 4 fue aceptada (tabla 1) debido a que  $t = 1.5151$ , indicándonos que los dos grupos poseen igual número de respuestas de detalle pequeño.

La hipótesis 5 fue aceptada puesto que  $t = 1.7142$  (tabla 1), de lo que se deriva que tanto los Esquizofrénicos como



los Farmacodependientes obtuvieron puntajes semejantes en cuanto a respuestas de espacio y de detalle raro.

La hipótesis 6 fue aceptada (tabla 3) ya que  $t = -0.7715$ , por lo que se observa que los dos grupos presentan porcentajes semejantes con respecto a respuestas de contenido animal.

La hipótesis 7 fue aceptada (tabla 3) debido a que  $t = -0.8282$ , y se observa que ambos grupos presentan puntajes similares en respuestas de contenido humano.

La hipótesis 8 fue aceptada (tabla 3) puesto que  $t = .4151$ , indicándonos que tanto los Esquizofrénicos como los Farmacodependientes presentan respuestas similares cuyo contenido son objetos.

La hipótesis 9 fue aceptada (tabla 5) ya que  $t = -0.1166$  y se observa que ambos grupos presentan valores similares en cuanto a nivel formal máximo.

La hipótesis 10 fue aceptada (tabla 5) obteniendo una  $t = 0.2272$  lo que nos indica que los dos grupos alcanzan valores en lo que se refiere a nivel formal medio.

La hipótesis 11 fue aceptada (tabla 5) debido a que  $t = 0.5769$ , indicándonos que ambos grupos obtienen puntajes similares con respecto al nivel formal mínimo.

La hipótesis 12 fue aceptada (tabla 5) ya que  $t = -0.8959$ , observándose que los grupos tienen igual número de reacción a las láminas acromáticas.

La hipótesis 13 se aceptó (tabla 5) puesto que  $t = -.5553$ , indicándonos que tanto los Esquizofrénicos como los

Farmacodependientes obtuvieron el mismo tiempo de reacción a las láminas cromáticas.

La hipótesis 14 fue aceptada (tabla 7) ya que  $t = 1.594$ , y se observa que los dos grupos alcanzan semejantes en respuesta cuyo determinante es la forma.

La hipótesis 15 fué aceptada (tabla 7) puesto que  $t = 0.4258$ , indicándonos que ambos grupos obtienen puntajes semejantes con respecto a respuestas cuyo determinante es la forma y están bien vistas.

La hipótesis 16 se aceptó (tabla 9) debido a que las "t" obtenidas fueron  $-0.95$  y  $0.49$ , lo que nos indica que los dos grupos poseen conscientemente un tipo vivencial extratensivo.

La hipótesis 17 se aceptó (tabla 9), obteniéndose valores de  $t = -0.63$  y  $1.48$ , por lo que se observa que ambos grupos tienen inconscientemente, un tipo vivencial intratensivo.

La hipótesis 18 fue aceptada (tabla 11), obteniéndose se un valor para  $t = 1.059$ , lo que nos indica que ambos grupos presentan valores similares con respecto a la fórmula  $\frac{FK + F + Fc}{R}$

Se aceptó la hipótesis 19 (tabla 11) debido a que  $t = -0.4431$ , indicándonos que tanto los Esquizofrénicos como los Farmacodependientes alcanzan porcentajes semejantes con respecto al número de respuestas a las láminas VIII, IX y X.

Se aceptó la hipótesis 20 (tabla 11) ya que  $t = -0.5409$ , observándose que ambos grupos obtuvieron puntajes pa recidos con respecto al porcentaje de respuestas dadas a la lámina X.

La hipótesis 21 fue aceptada (tabla 13) ya que  $t = -0.37$  y  $0.61$  observándose que ambos grupos alcanzan puntajes similares con respecto a la fórmula FC: CF + C.

Se aceptó la hipótesis 22 (tabla 13) puesto que  $t$  obtuvo valores de  $-1.7$  y  $-0.77$ , indicándonos que los dos grupos alcanzan puntajes similares con respecto a la fórmula W: M.

La hipótesis 23 (tabla 13) fue aceptada debido a que  $t = -0.88$  y  $-0.84$ , obteniéndose que tanto los Esquizofrénicos como los Farmacodependientes obtuvieron puntajes semejantes con respecto a la fórmula M: FM.

Se aceptó la Hipótesis 24 (tabla 15), ya que  $t = 0.78$  y  $1.90$ , lo que nos indica que ambos grupos obtuvieron valores similares en la fórmula FK + Fc : F.

Con respecto a la hipótesis 25 (tabla 15) se encontró que sólo un componente de la fórmula (Diferenciadas) fue aceptado, pues obtuvo una  $t = 0.4919$ , mientras que el otro componente (Indiferenciadas) se rechazó pues se obtuvo una  $t = 2.08$ .

La hipótesis 26 fue aceptada (tabla 15), ya que  $t = 1.30$  y  $0.205$  indicándonos que los dos grupos alcanzaron puntajes parecidos con respecto a la fórmula ACROM: CROM.

La hipótesis 27 se aceptó (tabla 17), lo que nos indica que tanto los Esquizofrénicos como los Farmacodependientes poseen el mismo curso del pensamiento.

La hipótesis 28 fue aceptada (tabla 18) ya que tanto los Esquizofrénicos como los Farmacodependientes presentan choques a las mismas láminas.

La hipótesis 29 fue aceptada (tabla 19) debido a que

ambos grupos presentan rechazos a las mismas láminas.

En el Inventario Multifásico de la Personalidad de -  
Minnesota encontramos:

La hipótesis 30 (tabla e) fue aceptada puesto que -  
 $t = 0.9878$  lo que nos indica que ambos grupos tienden a presen-  
tar puntajes similares con respecto a la escala L.

La hipótesis 31 (tabla e) fue aceptada debido a que -  
 $t = 0.7350$ , observándose que los dos grupos obtuvieron puntajes -  
semejantes con respecto a la escala F.

La hipótesis 32 (tabla e) se aceptó, por lo que se -  
observa que los dos grupos obtuvieron puntajes parecidos con res-  
pecto a la escala K.

La hipótesis 33 (tabla e) fue aceptada, y se observa  
que ambos grupos alcanzan puntajes semejantes con respecto a la-  
escala Hs.

La hipótesis 34 fue rechazada (tabla e) ya que -  
 $t = 2.5486$  y se observó que los Esquizofrénicos presentan puntajes  
más elevados en la escala D, que los Farmacodependientes.

La hipótesis 35 se aceptó (tabla e) ya que ambos -  
grupos alcanzan puntajes similares en la escala Hi, obteniendo -  
una  $t = 0.5367$ .

La hipótesis 36 fue aceptada (tabla e) ya que -  
 $t = 0.2201$ , observándose que tanto los Esquizofrénicos como los -  
Farmacodependientes obtuvieron puntajes similares en la escala Dp.

La hipótesis 37 (tabla e) se aceptó, y se observa que

ambos grupos obtuvieron puntajes similares en la escala Pa, con una  $t = 0.5753$ .

La hipótesis 38 fue aceptada (tabla e) ya que  $t = 0.6808$ , encontrándose que los dos grupos tienen puntajes parecidos en la escala Pt.

Se aceptó la hipótesis 39 (tabla e) ya que  $t = 0.4114$ , encontrando que ambos grupos obtuvieron puntajes semejantes en la escala Es.

La hipótesis 40 se aceptó (tabla e) ya que los dos grupos alcanzaron puntajes semejantes en la escala Ma, con una  $t = 1.7153$ .

Se aceptó la hipótesis 42 (tabla e) debido a que  $t = 1.6393$ , encontrándose que tanto los Esquizofrénicos como los Farmacodependientes obtuvieron puntajes semejantes en la escala-Si.

## B) ANALISIS DE LOS RESULTADOS

La hipótesis 1 nos indica que los Esquizofrénicos son tan productivos como los Farmacodependientes.

En la hipótesis 2 se encontró que los Farmacodependientes tienen un pensamiento autista mayor que los Esquizofrénicos.

La hipótesis 3 nos indica que tanto los Esquizofrénicos como los Farmacodependientes poseen un pensamiento de tipo concreto.

La hipótesis 4 nos indica que los dos grupos perciben aspectos sutiles del medio ambiente.

En la hipótesis 5 se observa que ambos grupos poseen algunas tendencias oposicionistas.

La hipótesis 6 nos indica que los dos grupos presentan déficit en sus capacidades intelectuales.

La hipótesis 7 nos indica que ambos grupos tienen poco interés en las personas, lo que dificulta sus relaciones interpersonales.

En la hipótesis 8 se observa un campo de intereses reducido para ambos grupos.

La hipótesis 9 nos indica que ambos grupos tienen capacidades intelectuales similares, correspondiendo éstas al término medio.

En la hipótesis 10 se encuentra que los dos grupos tienen un rendimiento intelectual semejante, el cual alcanza niveles muy bajos.

La hipótesis 11 nos indica que ambos grupos alcanzan niveles de deficiencia muy bajos.

La hipótesis 12 nos indica que los dos grupos son lentos en la elaboración de sus respuestas.

La hipótesis 13 nos indica que ambos grupos reaccionan de una manera similar ante los estímulos externos que les despierten un afecto.

La hipótesis 14 nos indica que tanto los Esquizofrénicos como los Farmacodependientes utilizan procesos puramente intelectuales ante la estimulación ambiental.

La hipótesis 15 nos indica que ambos grupos realizan un mal examen de la realidad.

La hipótesis 16 nos indica que ambos grupos poseen conscientemente un tipo vivencial extratensivo, ya que dependen mayor grado del medio externo.

La hipótesis 17 nos indica que tanto los Esquizofrénicos como los Farmacodependientes poseen inconscientemente un tipo vivencial contradictorio; es decir, en ocasiones son intratensivos y en otras son extratensivos.

La hipótesis 18 nos indica que en ambos grupos el control constrictivo de sus impulsos es semejante, siendo éste muy alto.

La hipótesis 19 nos indica que ambos grupos poseen igual resonancia afectiva, y la misma sensibilidad hacia estímulos que les despiertan un afecto.

La hipótesis 20 nos indica que los dos grupos son muy sensibles a la estimulación del medio ambiente.

En la hipótesis 21 se encontró que los dos grupos presentan manifestaciones emocionales poco controladas.

En la hipótesis 22 se observa que ambos grupos poseen aspiraciones desmedidas y casi fantaseosas en relación a su eficiencia.

La hipótesis 23 nos sugiere que los dos grupos actúan impulsivamente, son inmaduros y tienen poca capacidad de demora.

En la hipótesis 24 se obtiene que ambos grupos no

muestran tener necesidades de afecto.

La hipótesis 25 nos indica que los dos grupos utilizan los mismos mecanismos de defensa, tales como regresión, negación, proyección, siendo estos inadecuados.

La hipótesis 26 nos indica que ambos grupos fueron, probablemente, satisfechos emocionalmente en sus primeros años de vida, aunque se observa que los Esquizofrénicos se retraen, para no exponerse, al medio ambiente que les es hóstil.

La hipótesis 27 nos indica que ambos grupos poseen un curso del pensamiento rígido, aunque se encuentran ciertas discrepancias ya que en los Farmacodependientes el curso, del pensamiento, es más rígido que en los Esquizofrénicos.

La hipótesis 28 nos sugiere que ambos grupos muestran problemas con las figuras paternas y ante los afectos, presentando los Esquizofrénicos mayor problema hacia la sexualidad y los Farmacodependientes a la figura materna.

En la hipótesis 29 se observa que ambos grupos presentan conflictos ante las figuras y los afectos.

La hipótesis 30 nos sugiere que ambos grupos manifiestan el mismo grado de franqueza al responder a las preguntas del Inventario.

La hipótesis 31 nos indica una gran perturbación emocional en ambos grupos.

En la hipótesis 32 se observa que los dos grupos emplean mecanismos de defensa inadecuados.



En la hipótesis 33 se encontró que ambos grupos presentan un interés semejante con respecto a las funciones corporales.

La hipótesis 34 nos indica que los Esquizofrénicos - presentan un estado de ánimo más melancólico que los Farmacodependientes, así como también más sentimientos de inadecuación, pesimismo y pobreza moral.

La hipótesis 35 nos indica que ambos grupos muestran relaciones interpersonales poco adecuadas.

En la hipótesis 36 se encontró que ambos grupos - muestran tendencias asociales, actuando generalmente en forma muy impulsiva y sin beneficiarse de las experiencias de la vida.

En la hipótesis 37 se encontró que ambos grupos tienen dificultad en tomar decisiones, desconfianza en si mismos, y un panorama amenazador, hostil y angustioso del mundo que les rodea.

La hipótesis 39 nos indica que los pacientes de ambos grupos son personas solitarias, aisladas, con conflictos internos muy severos tales como dificultad para manejar y expresar su agresión, su irritabilidad.

En la hipótesis 40 se encuentra que los dos grupos - muestran poco interés por las actividades y una baja en la productividad.

La hipótesis 41 nos indica que ambos grupos presentan conductas sociales similares, siendo los Esquizofrénicos un poco más introvertidos que los Farmacodependientes.

# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

## PERFIL Y SUMARIO



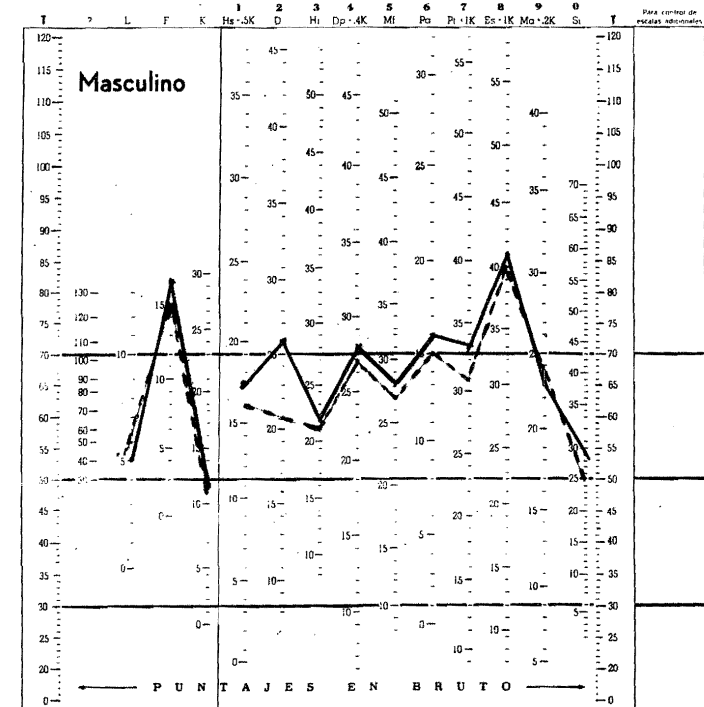
Nombre \_\_\_\_\_ (letra de molde)

Dirección \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de la Prueba \_\_\_\_\_

Años escolares o estudios cumplidos \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Referido por \_\_\_\_\_



Puntaje en bruto \_\_\_\_\_  
 Agregar factor K \_\_\_\_\_  
 Puntaje corregido \_\_\_\_\_

Fraciones K

K	.3	.4	.2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

### NOTAS

- \_\_\_\_\_ Esquizofrénicos
- ..... Farmodependientes

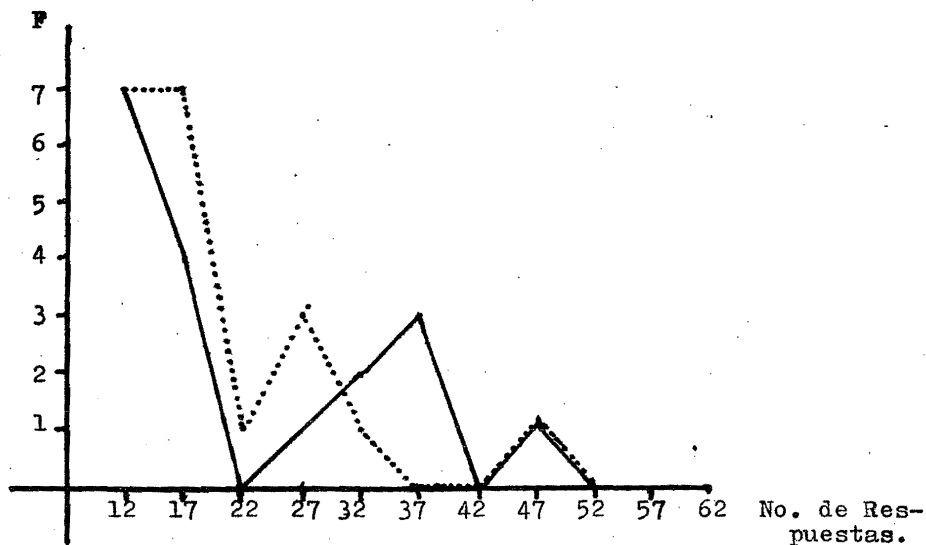


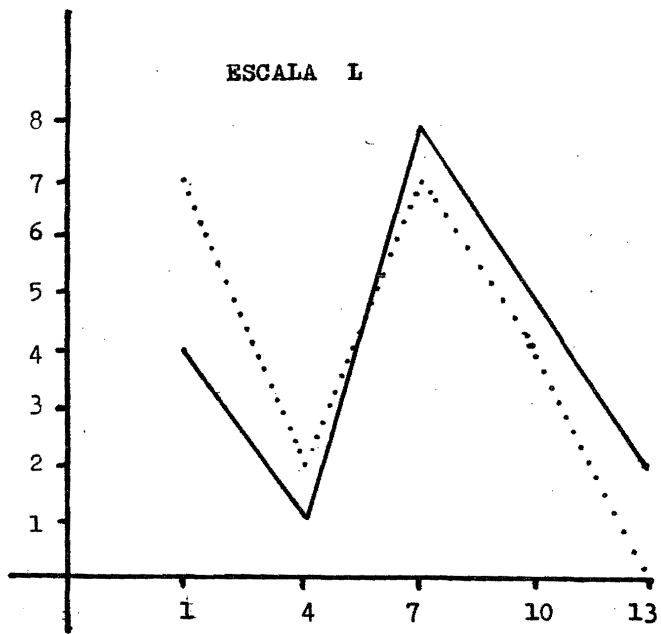
D.R. © 1967, por  
 El Manual Moderno, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S. A.  
 under licence of The Psychological Corporation  
 © 1948, Copyright 1943, by  
 the University of Minnesota

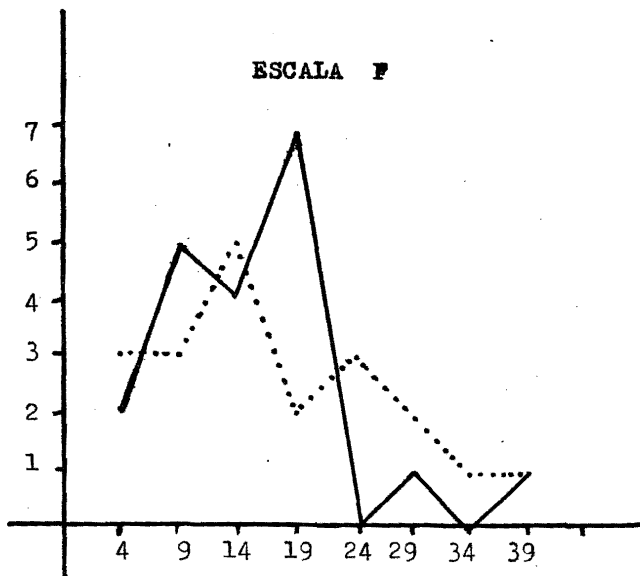
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

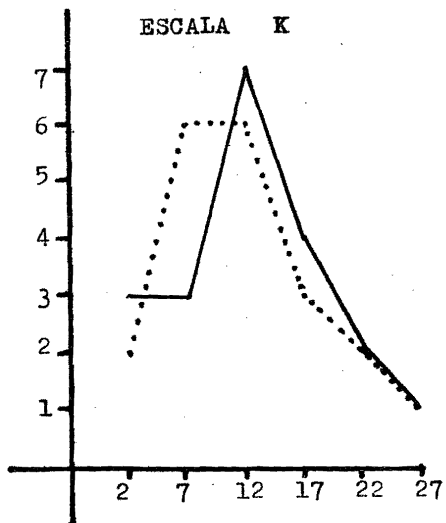
## No. DE RESPUESTAS AL TEST DE RORSCHACH





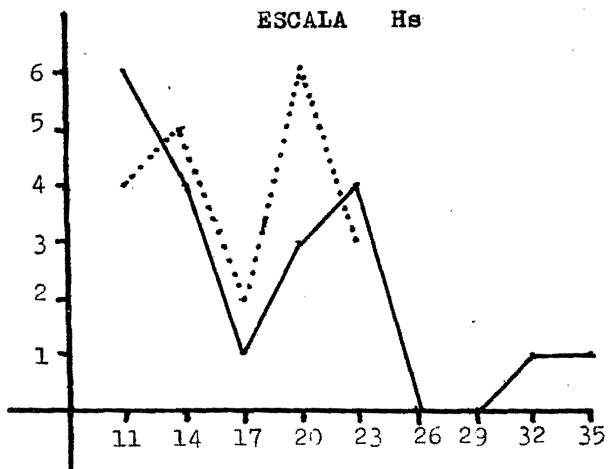
— ESQUIZOPRENICOS  
 ..... FARMACODPENDIENTES

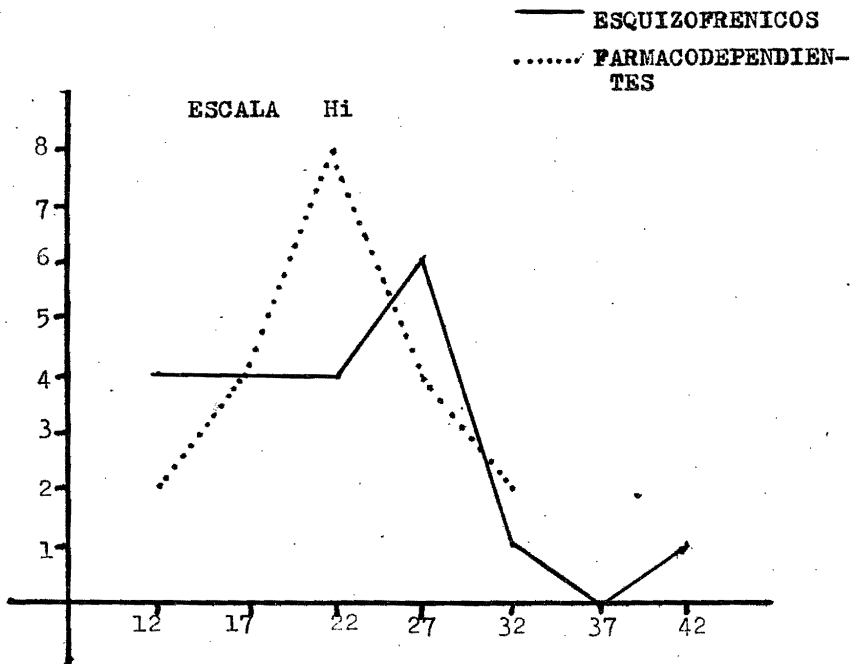
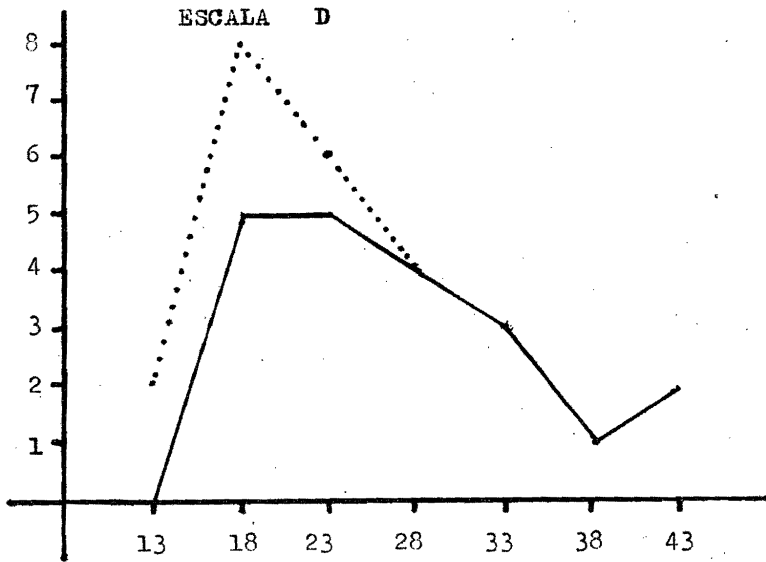


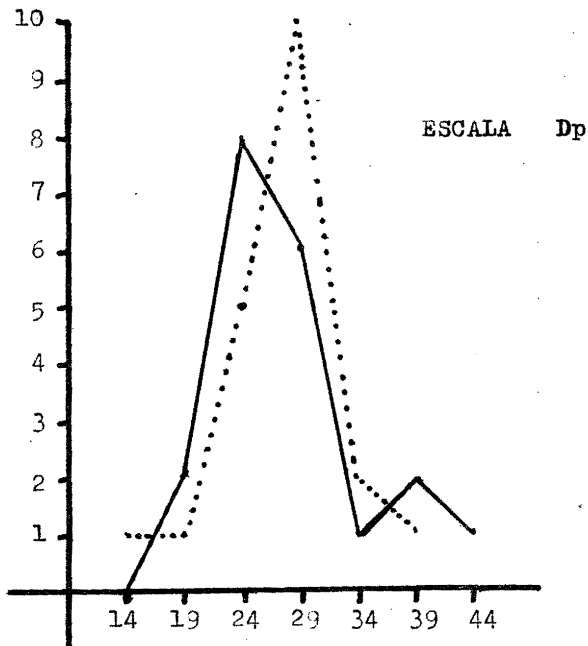


— ESQUIZOFRENICOS

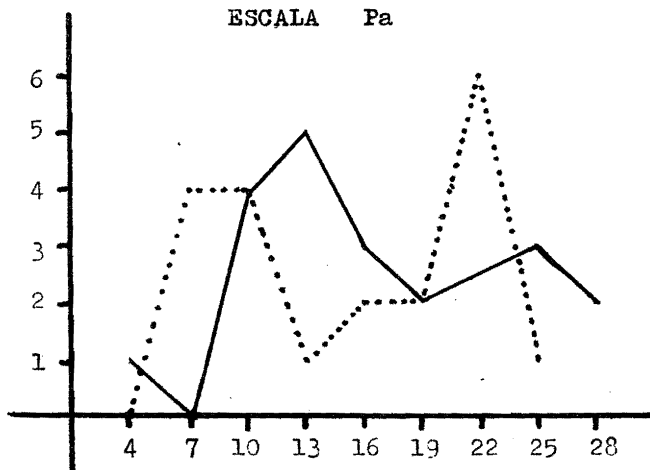
..... FARMACODEPENDIENTES

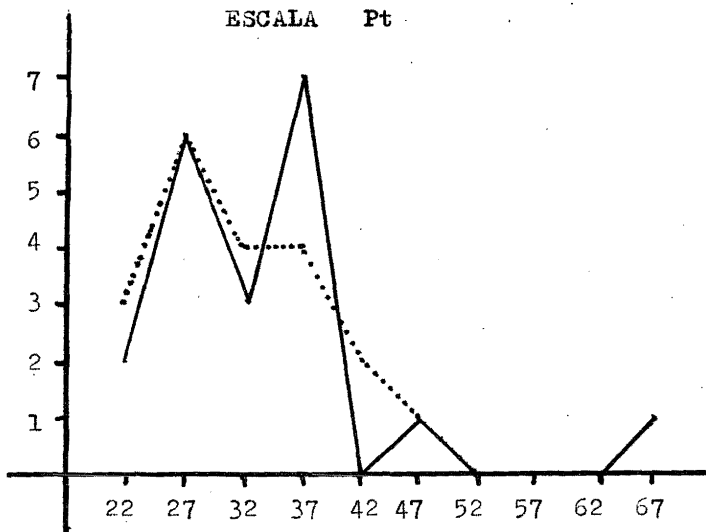




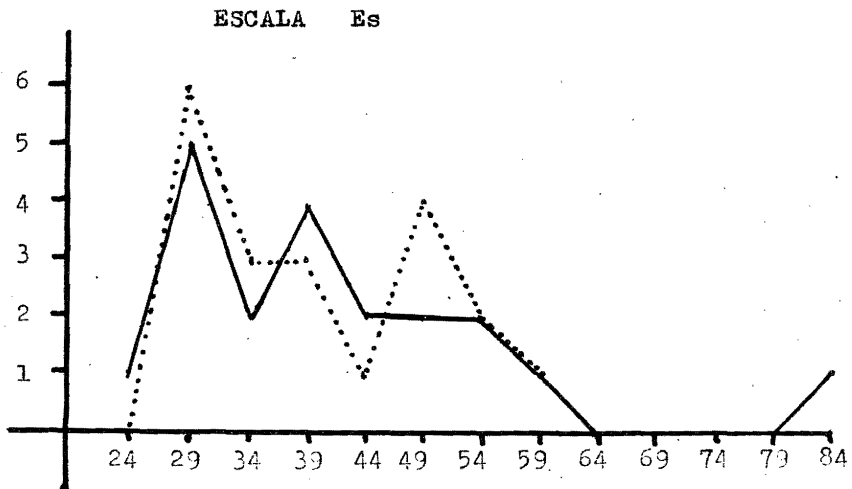


— ESQUIZOFRENICOS  
 ..... FARMACODEPENDIENTES

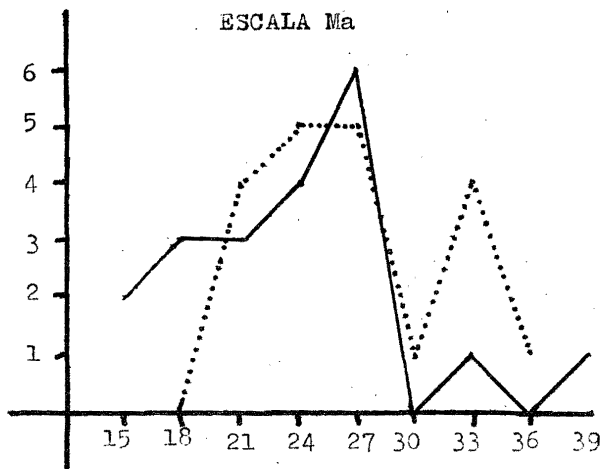




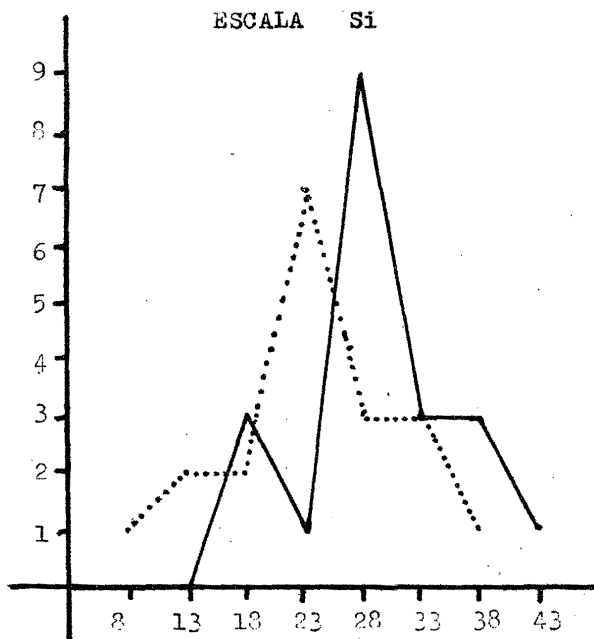
— ESQUIZOFRENICOS  
 ..... FARMACODEPENDIENTES







— ESQUIZOPRENICOS  
 ..... FARMACODEPENDIENTES



## CUARTA PARTE

### CONCLUSIONES

#### PRIMERA:

Tanto los Esquizofrénicos como los Farmacodependientes presentan un nivel de productividad bajo.

#### SEGUNDA:

Ambos grupos poseen capacidades intelectuales semejantes, correspondientes al término medio, sin embargo su nivel de eficiencia es bajo.

#### TERCERA:

En la percepción del mundo, tanto los Esquizofrénicos como los Farmacodependientes, logran un análisis global de éste, así como también muestran una actitud oposicionista hacia el ambiente que les rodea.

#### CUARTA:

En ambos grupos se observan serias distorsiones de la realidad, empleando con frecuencia (para examinar ésta) procesos puramente intelectuales.

#### QUINTA:

En los dos grupos se observan aspiraciones desmedidas y fantaseosas en relación a su eficiencia.

## SEXTA:

Los dos grupos muestran poseer un tipo vivencial extratensivo; es decir, que requieren del medio ambiente para su estimulación y satisfacción.

## SEPTIMA:

Ante estímulos que les despiertan un afecto, ambos grupos reaccionan de manera similar.

## OCTAVA:

Los dos grupos manifiestan sus emociones de manera poco controlada, observándose cierto control constrictivo en el grupo de Esquizofrénicos.

## NOVENA:

Ambos grupos no manifiestan tener necesidades de afecto.

## DECIMA:

Los esquizofrénicos tienden a retraerse mostrándose mas melancólicos y pesimistas que los Farmacodependientes.

## DECIMA PRIMERA:

Los dos grupos tienen conflictos con las figuras paterna, materna y también con la sexualidad.

## DECIMA SEGUNDA:

Ambos grupos emplean mecanismos de defensa inad-

cuados, tales como regresión, negación, fijación.

#### DECIMA TERCERA:

Ambos grupos observaron el mismo grado de franqueza al responder al Inventario.

#### DECIMA CUARTA:

Los dos grupos tienen una gran perturbación emocional.

#### DECIMA QUINTA:

Los sujetos de ambos grupos son inmaduros, por lo que tienen dificultad para manejar y expresar adecuadamente su agresión, mostrándose irritables e impulsivos, con poca capacidad de demora, no permitiéndoles esto beneficiarse de la experiencia.

#### DECIMA SEXTA:

Ambos grupos muestran tendencias asociales por lo que sus relaciones interpersonales son insatisfactorias, percibiendo un mundo amenazador y hostil, ante el cual se muestran suspicaces y desconfiados.

#### CONCLUSION GENERAL:

De todo lo anterior podemos concluir que los dos grupos son semejantes en lo que se refiere a características emocionales y aspectos de relación con el medio ambiente que les rodea; y son diferentes en los aspectos intelectuales, siendo el Psicodiagnóstico de Rorschach el instrumento más sutil para encontrar estas semejanzas y diferencias.

## QUINTA PARTE

### SUMARIO

Debido a la observación de características psicológicas semejantes en Esquizofrénicos y en Farmacodependientes a marihuana, se realizó la presente investigación tratando de confirmar lo experimentalmente.

Se seleccionaron dos grupos: uno de Esquizofrénicos (20 sujetos) y otro de Farmadependientes a marihuana (20 sujetos) a los cuales se les aplicó el Psicodiagnóstico de Rorschach y el M.M.P.I.

Empleando el estadístico "t" se encontró que ambos grupos muestran características Psicológicas semejantes en aspectos emocionales y de relación con el medio ambiente; y características diferentes en los aspectos intelectuales.

## SEXTA PARTE

### CONSIDERACIONES :

Las fuentes de invalidez de esta investigación corresponden a un error de regresión estadística y a mortalidad experimental, por lo que se sugiere que cuando se generalicen estos resultados se tengan en cuenta dichas fallas. Estos errores se acentúan en las hipótesis 1, 4, 5, 6, 14, 17 y 18.

Dado que el estudio fue realizado con sujetos hospitalizados en Instituciones Particulares, las inferencias hechas de los resultados no deben generalizarse a sujetos hospitalizados en Instituciones de otra índole.

No fue posible contrastar la escala Mf del Inventario Multifásico de la Personalidad puesto que no fueron el mismo número de mujeres y hombres en los dos grupos.

Por último diremos que el grupo de Farmacodependientes presentaba como principal adicción la marihuana, por lo que sería de gran utilidad que se realizaran estudios con otros tipos de adicción.

## DEFINICION DE TERMINOS

**Afecto.**- Es el tono sentimental, son los acompañantes placenteros o dolorosos de una idea o una representación mental.

**Capacidad de demora.**- Capacidad de retardar los satisfactores y obtener como resultado un incremento del satisfactor.

**Control constrictivo.**- Es la organización o suma de las fuerzas contracatóxicas libidinales (cargas que el yo opone a los impulsos).

**Defensa (Mecanismo).**- Proceso mental inconsciente - empleado para resolver conflictos o angustias.

**Disociación.**- Separación o división de un segmento de la personalidad, de tal forma que se pierde la conciencia o el control del segmento.

**Esquizofrenia.**- Psicosis grave en la cual la perturbación principal se refleja en una alteración del juicio y de los procesos del pensamiento.

**Error de regresión estadística.**- Es una fuente de invalidación interna, se observa cuando se trabaja con sujetos con calificaciones extremas (puntajes muy altos o muy bajos), es probable que ante una nueva medición tiendan a calificaciones intermedias, aún cuando no se opere ninguna variable experimental.

**Emoción.**- Estado subjetivo del sentimiento, indica las pautas de conducta que expresan un afecto.

**Empatía.-** Facultad de experimentar los sentimientos y la conducta de otra persona.

**Farmacodependencia.-** Intoxicación periódica o crónica deleterea para el individuo y la sociedad, ocasionado por el consumo repetido de una droga (Natural o sintética) y caracterizado por: 1) deseo o necesidad de continuar tomando la droga 2) tendencia a aumentar la dosis 3) dependencia psíquica y a veces física de los efectos de la droga.

**Fijación.-** Detención en el desarrollo, generalmente de origen psicológico.

**Frustración.-** Bloqueo de la actividad dirigida a un fin.

**Grado de libertad.-** El número de grados de libertad de un estadístico denotado generalmente por  $\gamma$  se define como el número  $N$  de observaciones independientes en la muestra (es decir, el tamaño muestral) menos el número  $K$  de parámetros de la población que deberá estimarse a partir de las observaciones de la muestra.  $\gamma = N - K$   $\gamma = N - 1$  (es una constante).

**Impulsividad.-** Tendencia a la acción irreflexiva y mal controlada por la voluntad.

**Identificación.-** Proceso de asemejarse a algo o a alguien basado en la integración en el yo de la imagen u objeto exterior.

**Introyección.-** Sinónimo de identificación y representa un modo de adaptación menos completo y más primitivo que el característico del proceso de identificación.



**Madurez.**- Se observa cuando se ha desarrollado una identidad personal clara, que se muestra en la capacidad para asumir por sí mismo la responsabilidad de educar a los hijos y ayudar a su desarrollo. La persona madura es capaz de asumir responsabilidades personales cuando es necesario y también la de aceptar la de otras personas, persigue en forma independiente sus propios objetivos, reconoce sus limitaciones y es capaz de mantener y disfrutar sus relaciones personales con otros y acepta en cierto grado los déficits de los demás.

**Melancolía.**- Estado psicológico caracterizado por tristeza.

**Mortalidad experimental.**- Es una fuente de invalidación interna y consiste en la pérdida de sujetos durante el experimento y que pueden desequilibrar a los grupos.

**Negación.**- Proceso inconsciente que supone la anulación de una realidad penosa o que provoca angustia, negándose a admitir su existencia.

**Nivel de significancia.**- Es la probabilidad máxima con la que en el ensayo de una hipótesis se puede cometer el error de rechazar la hipótesis cuando debería ser aceptada.

**Pensamiento autista.**- Son pensamientos placenteros o fantásticos que proporcionan directa o indirectamente una satisfacción imaginaria de deseos o afanes frustrados.

**Perturbación emocional.**- Estado emotivo caracterizado por confusión, inquietud, preocupación e incapacidad para llegar a conclusiones que conduzcan a una acción aceptable.

**Productividad.**- Número de respuestas dadas al test de Rorschach.

**Proyección.**- Proceso mental inconsciente por el cual los impulsos emocionalmente inaceptables son rechazados y atribuidos a otros.

**Resonancia afectiva.**- Modo de repercusión de un acontecimiento vivido.

**Regresión.**- Retorno a un nivel de conducta menos maduro como resultado de una frustración. La personalidad sufre la pérdida de una parte del desarrollo ya alcanzado, y regresa a un nivel inferior de integración, ajuste y expresión.

**Represión.**- Proceso de exclusión de la conciencia de los impulsos, sentimientos, recuerdos o experiencias que de otro modo provocarían angustia.

**Tipo Vivencial Intratensivo.**- Tendencia a desinteresarse del medio ambiente y a buscar todas las satisfacciones en un mundo interior. El sujeto se relaciona poco y parece meditabundo y taciturno.

**Tipo Vivencial extratensivo.**- Tipo de individuo cuya vida está orientada hacia el mundo exterior y capaz de establecer con facilidad contactos sociales y afectivos.

**t de Student.**- Descubierta por Gosset, es análogo al estadístico z dado por 
$$z = \frac{\bar{X} - M}{\sigma \sqrt{N}}$$

Si se consideran muestras extraídas de una población normal o con media  $M$  y si para cada muestra se calcula el valor de  $t$ , utilizando la media muestral  $\bar{X}$  y la desviación típica muestral  $s$  o  $s$ , se llega a la distribución muestral  $t$ .

$$t = \frac{X_1 - X_2}{\left( \frac{SC_1 + SC_2}{(N_1 - 1) + (N_2 - 1)} \cdot \frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2} \right)^{1/2}}$$

$$SC = \sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{N}$$

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Arieti Silvano  
Interpretación de la Esquizofrenia  
Editorial Bruner  
1975
- 2.- Basaglia Franco  
Psiquiatría y Antipsiquiatría  
Salvat Editores S.A.  
1973
- 3.- Beck, Samuel Jacob  
Rorschach's Test  
Grune & Stratton, New York  
1944
- 4.- Bohm, Ewald  
Manual del Psicodiagnóstico de Rorschach  
Editorial Morata, Madrid  
1970
- 5.- Bohm, Ewald  
Vademecum del Test de Rorschach  
Editorial Morata, Madrid  
1968
- 6.- Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia  
Fármacos de Abuso  
CEMEF
- 7.- Cooper, David  
Psiquiatría y Antipsiquiatría

Editorial Paidós, Buenos Aires  
1971.

- 8.- Downie, N.M.; Heath, R.W.  
Métodos Estadísticos Aplicados  
Harper & Row Publishers Inc.  
1973
- 9.- Fabrega Suárez Enrique Arturo  
El mundo de las Drogas  
Empresa del Cojo, C.A. Caracas  
1974
- 10.- Frazier, S.H.; Carr, Arthur  
Introducción a la Psicopatología  
Ed. El Ateneo, Buenos Aires  
1969
- 11.- Gonzalez Carrero Alfredo  
Drogas que producen dependencia  
Publ: Monte Ávila Editores; Caracas, Venezuela  
1973
- 12.- Grinspoon, Lester  
Reconsideración de la Marihuana  
Editorial Extemporáneos  
1971
- 13.- Guiraud Paul  
Origine et Evolution de la Notion de la Schizophrénie -  
Confrontations Psychiatriques  
No. 2 Déc. 68  
Evolution de la Schizophrénie
- 14.- Hochman, Joel Simon.

- Marijuana & Social Evolution  
Prentice Hall Inc.  
Englewood Cliffes  
1972
- 15.- Hyde Margaret O.  
Drogas Alteradores de la Mente  
Ed. Diana, Colección Moderna No. 156  
1973
- 16.- Johnston, J  
Econometric Methods  
Mc Graw Hill Kogahusha  
LTD Tokyo
- 17.- Klopfer, Bruno  
Técnica del Psicodiagnóstico de Rorschach  
Editorial Paidós  
1974
- 18.- Laing, R.D.; Esterson A  
Cordura, Locura y Familia  
Fondo de Cultura Económica  
1967
- 19.- Malheson, Douglas W; Davison Meredith A  
The behavioral effects of drugs  
Holt, Rinchard and Winston Inc.  
1972
- 20.- Mc Guigan, Frank J.  
Psicología Experimental  
Ed. Trillas  
1971

- 21.- Murray R; Spiegel Ph D  
Teorías y Problemas de Estadística  
Serie de Compendios Schaum  
Mc Graw Hill de México  
1975
- 22.- Noyes; Kolb Lawrence C  
Psiquiatría Clínica Moderna  
La Prensa Médica Mexicana  
1973
- 23.- Nuñez, Rafael  
Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad a  
la Psicopatología  
El Manual Moderno S.A.  
1968
- 24.- Organización Mundial de la Salud (Mental Health Organi-  
zation)  
Manual of International Statistical Classification of Disease—  
ses.  
8th Revisión (Icd-8) Sección 5 (Mental Disorders)  
Geneva, London  
1972
- 25.- Peña Barrera Ma. Guadalupe  
El Diagnóstico Psicológico en la Esquizofrenia  
Tesis Recepcional  
1967
- 26.- Pierre Pichot  
Los test mentales  
Ed. Paidós, Buenos Aires  
1973

- 27.- Potkay, Charles R  
The Rorschach Clinician  
Grune & Stratton  
1971
- 28.- Prieto Oliveira Lilia  
Aplicación de la Prueba de Rorschach a un grupo de esqui-  
zofrénicos mexicanos.  
Tesis Recepcional UNAM  
1963
- 29.- Rorschach, Herman  
Psicodiagnóstico  
Ed. Paidós, Buenos Aires  
1969
- 30.- Spoerri, T.H.  
Compendio de Psiquiatría  
Ed. Toray, Barcelona  
1970
- 31.- Trejo de la Torre Armando; Barocio, Roberto; Bustos de -  
Ruiz Olga L  
Diseño de Programas de Cambio Conductual  
Coordinación de Laboratorios, Facultad de Psicología  
UNAM 1977
- 32.- Vallejo Najera, J.A.  
Introducción a la Psiquiatría  
Ed. Científico-Médica  
1970
- 33.- Zubizarreta G, Armando F  
La Aventura del Trabajo Intelectual  
Ed. Fondo Educativo Interamericano S.A.  
1969



## APENDICE A

## RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA DE RORSCHACH

Tabla 1

MEDIA DE PORCENTAJES EN LOCALIZACIONES,  $t$  de STUDENT

	W%	D%	d%	Dd y S%
$\bar{X}_e$	34.98	48.40	6.37	9.26
$\bar{X}_{fd}$	50.60	42.59	2.30	3.95
$t$	2.47	0.48	1.51	1.71

Tabla 2

LOCALIZACIONES

Porcentaje esperado	W% (20-30)	D% (45-55)	d% (5-15)	Dd y S% (-10 )
No.de casos con un porcentaje mayor al esperado	Gpo <sub>e</sub> 17	7	3	8
	Gpo <sub>fd</sub> 12	3	0	3
No.de casos con un porcentaje menor al esperado	Gpo <sub>e</sub> 1	9	13	0
	Gpo <sub>fd</sub> 5	11	16	0

Tabla 3

MEDIA DE PORCENTAJES EN CONTENIDOS, t DE STUDENT

	A%	H%	OBJ%
$\bar{X}_e$	35.61	11.12	52.67
$\bar{X}_{fd}$	39.57	14.28	45.66
t	0.77	0.82	0.41

Tabla 4

CONTENIDOS

Porcentaje esperado	A%(40)	H%(20)	OBJ%(30)
No.de casos con un porcentaje mayor al esperado	Gpo <sub>e</sub> 6	3	13
	Gpo <sub>fd</sub> 7	3	13
No.de casos con un porcentaje menor al esperado	Gpo <sub>e</sub> 5	16	4
	Gpo <sub>fd</sub> 4	13	4

Tabla 5

MEDIAS DEL NIVEL FORMAL, t' Y t". t DE STUDENT

	NFmax	NFmed	NFmin	t'	t"
$\bar{X}_e$	2.0	0.53	-1.1	12.57	13.98
$\bar{X}_{fd}$	1.8	0.45	-1.2	15.28	12.83
t	-0.11	0.22	0.57	-0.89	-0.55

Tabla 6

No. DE CASOS CON UN TIEMPO DE REACCION MAYOR

	Acrom	Crom
Gpo <sub>e</sub>	4	6
Gpo <sub>fd</sub>	5	4

Tabla 7

MEDIA DE EXAMEN DE REALIDAD, t DE STUDENT

	F%	F+%
Gpo <sub>e</sub>	50.33	65.74
Gpo <sub>fd</sub>	44.84	67.75
t	1.05	0.42

Tabla 8

EXAMEN DE REALIDAD

Porcentaje esperado		F%(50)	F+(90)
No.de casos con un porcentaje mayor al esperado.	Gpo <sub>e</sub>	8	3
	Gpo <sub>fd</sub>	6	4
No.de casos con un porcentaje menor al esperado.	Gpo <sub>e</sub>	6	17
	Gpo <sub>fd</sub>	9	16

Tabla 9

## FORMULAS

	M:C	FM+n:Fc+c+C'
$\bar{X}_e$	1.45 : 3.75	3.70:4.57
$\bar{X}_{fd}$	2.25 : 3.25	4.65:2.65
t	-.95 0.49	-.63 1.48

Tabla 10

## No.DE CASOS RESPECTO AL TIPO VIVENCIAL

	Gpo <sub>e</sub>	M:C	FM+n:Fc+c+C'
Intratensivos	Gpo <sub>e</sub>	4	7
	Gpo <sub>fd</sub>	4	13
Extratensivos	Gpo <sub>e</sub>	16	8
	Gpo <sub>fd</sub>	13	4
Ambiguales	Gpo <sub>e</sub>	0	5
	Gpo <sub>fd</sub>	3	3
Contradictorios	Gpo <sub>e</sub>	13	
	Gpo <sub>fd</sub>	11	

Tabla 11

## FORMULAS

	$\frac{FK+F+Fc}{R}\%$	VIII+IX+X%	X%
$\bar{X}_e$	50.05	32.49	13.61
$\bar{X}_{fd}$	41.59	34.01	15.20
t	1.05	-0.44	-0.54

Tabla 12

## FORMULAS

	$\frac{FK+F+Fc}{R}\%$	VIII+IX+X%	X%
Porcentaje esperado	(50%)	(30%)	(10%)
No.de casos con un porcentaje mayor al esperado.	$Gpo_e$ 8	6	6
	$Gpo_{fd}$ 9	9	4
No.de casos con un porcentaje menor al esperado.	$Gpo_e$ 5	3	2
	$Gpo_{fd}$ 7	4	3

Tabla 13

## FORMULAS

	FC:CF+C	W:M	M:FM
$\bar{X}_e$	1.10:2.47	7.30:1.45	1.52:2.35
$\bar{X}_{fd}$	1.35:2.20	8.65:2.20	2.27:3.42
t	-.37 0.61	-1.70-0.77	-.88 -.84

Tabla 14

## FORMULAS

Puntaje esperado	FC:CF+C		W:M	M:FM
	FC sea <u>ma</u> yor		relación 2:1	M sea <u>ma</u> yor
No.de casos con un puntaje mayor al esperado	Gpo <sub>e</sub>	7	19	3
	Gpo <sub>fd</sub>	2	19	6
No.de casos con un puntaje menor al esperado	Gpo <sub>e</sub>	13	1	10
	Gpo <sub>fd</sub>	11	1	10
No.de casos con un puntaje i- gual	Gpc <sub>e</sub>	0	0	7
	Gpo <sub>fd</sub>	7	0	4

Tabla 15

## FORMULAS

	FK+Fc:F	DIF:INDIF	ACROM:CROM
$\bar{X}_e$	1.75:10.01	1.30:1.17	3.22:3.57
$\bar{X}_{fd}$	1.05: 7.95	1.02:0.27	1.85:3.37
t	0.78 1.90	0.49 2.08	1.30 0.20

Tabla 16

## FORMULAS

Puntaje esperado	FK+Fc:F		DIF:INDIF	ACROM:CROM
		FK+Fc entre 1/4 y 3/4 de F	DIF sea <u>ma</u> yor	CROM sea mayor
No.de casos con un puntaje mayor al esperado	Gpo <sub>e</sub>	18	7	11
	Gpo <sub>fd</sub>	16	7	12
No.de casos con un puntaje menor al esperado	Gpo <sub>e</sub>	1	5	7
	Gpo <sub>fd</sub>	3	4	4
No.de casos con un puntaje igual	Gpo <sub>e</sub>	1	8	2
	Gpo <sub>fd</sub>	1	9	4

Tabla 17

## SUCESION

	RIGIDA	ORDENADA	DESORDENADA	PERDIDA
Gpo <sub>e</sub>	10	8	2	0
Gpo <sub>fd</sub>	17	0	3	0

Tabla 18

## CHOQUES A LAS LAMINAS

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Gpo <sub>e</sub>	0	1	2	2	0	5	1	2	3	0
Gpo <sub>fd</sub>	1	3	2	2	0	3	5	2	2	2

Tabla 19

## RECHAZOS

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Gpo <sub>e</sub>	0	1	0	2	0	2	2	0	1	0
Gpo <sub>fd</sub>	0	1	0	3	0	2	2	0	1	0



## APENDICE B

Tabla a

## MEDIAS

	$\bar{X}_e$	$\bar{X}_{fd}$
L	5.3000	6.4500
F	17.7500	15.5000
k	12.2000	11.9500
Hs	17.8500	16.5500
D	26.8500	21.5500
Hi	22.8500	21.7500
Dp	28.0000	27.5000
Mf	28.5000	27.1500
Pa	16.4000	15.2500
Pt	33.5000	31.6000
Es	41.6000	40.0000
Ma	23.9500	26.7500
Si	29.1000	25.2000

Tabla b

VARIANZAS DE LAS ESCALAS SE EL M.M.P.I.

	$s_e^2$	$s_{fd}^2$
L	12.4100	13.3475
F	74.0098	104.0481
K	41.9600	34.8475
Hs	48.4275	20.0475
D	63.4275	18.7475
Hi	51.3275	28.4875
Dp	70.3000	27.7500
Mf	24.6400	24.0100
Pa	42.2400	33.6875
Pt	101.3500	46.6400
Es	193.8387	93.4992
Ma	30.1475	20.4875
Si	42.6900	64.8600

Tabla c

## DESVIACIONES STANDAR DE LAS ESCALAS DEL M.M.P.I

	$S_e$	$S_{fd}$
L	3.5227	3.6534
R	8.6029	10.2004
K	6.4776	5.9031
Hs	6.9589	4.4774
D	7.9641	4.3298
Hi	7.1643	5.3373
Dp	8.3845	5.2678
Mf	4.8000	4.9000
Pa	6.4992	5.8040
Pt	10.0672	6.8293
Es	13.9226	9.6695
Ma	5.4906	5.5263
Si	6.5337	8.0535

Tabla d

ERROR TIPICO DE LA DIFERENCIA DE LAS MEDIAS  
DE LAS ESCALAS DEL M.M.P.I.

	$S_{D_{X_e}}$	$S_{D_{X_{fd}}}$
L	0.8181	0.8381
F	1.9736	2.3401
K	1.4860	1.3542
Hs	1.5964	1.0271
D	1.8270	0.9933
Hi	1.6435	1.2244
Dp	1.9235	1.2085
Mf	1.1100	1.1300
Pa	1.4910	1.3315
Pt	2.3095	1.5667
Es	3.1941	2.2183
Ma	1.2596	1.0383
Si	1.8949	1.8475

Tabla e

DIFERENCIA DE LAS MEDIAS Y  $t$  DE STUDENT

	$D_x$	$t$
L	1.1500	0.9878
F	3.0612	0.7350
K	0.2500	0.1243
Hs	1.3000	0.6848
D	5.3000	2.5486
Hi	1.1000	0.5367
Dp	0.5000	0.2201
Mf	0.3500	0.3000
Pa	1.1500	0.5753
Pt	1.9000	0.6808
Es	1.6000	0.4114
Ma	2.8000	1.7153
Si	3.9000	1.6393