



Leji 4/4

**Universidad Nacional Autónoma
de México**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**EL MODELO DE CONFRONTACION ACTIVO-PASIVA
DEL STRESS A TRAVES DEL T. A. T. EN DOS
GRUPOS PSICOPATOLOGICOS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A N

**NORMA ELIZABETH ESCOTO CERVANTES
MARIA MERCEDES DEL ROSARIO RUIZ REZA
MARIA DE LOURDES VAZQUEZ VALENCIA**

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCION	5
CAPITULO I: Antecedentes	8
A. El modelo de confrontación Activo-Pasiva	9
B. Datos sobre adolescencia	15
C. Histeria.....	23
D. Farmacodependencia.....	46
E. El T.A.T.....	61
F. Formulación de hipótesis.....	80
CAPITULO II: Metodología.....	81
A. Diseño experimental.....	82
B. Descripción de la muestra.....	83
C. Material.....	86
D. Procedimiento	91
E. Procesamiento de datos.....	94
F. Diseño estadístico	100
CAPITULO III: Resultados obtenidos.....	101
A. Descripción de los datos.....	102
B. Tablas y gráficas.....	109
CAPITULO IV:	123
A. Análisis de resultados.....	124
B. Conclusiones.....	132
Comentarios y sugerencias.....	139
Bibliografía.....	142

RESUMEN

Este estudio se realizó con la finalidad de comparar las diferencias que a nivel de conducta verbal existen entre dos grupos patológicos diferentes, mediante el modelo psicológico de Confrontación del stress del Doctor Rogelio Díaz-Guerrero, en el estudio de la conducta social del mexicano.

Este autor postula que nadie puede evitar las situaciones stressantes y que los individuos pueden actuar ante ellas mediante la confrontación o la defensa. Definiendo la Confrontación como el sistema conductual que permite a los sujetos superar el problema y le ayuda a un desarrollo personal; y la Defensa como un manejo difícil de la situación, que no permite el desarrollo de las potencialidades de los sujetos.

Estas dos formas de actuación pueden ser activas o pasivas. En nuestro estudio valoramos tanto estos aspectos como otro que consideramos importante: la AGRESIVIDAD, que puede ser también activa o pasiva y puede darse del sujeto al medio y viceversa.

Con la finalidad de poder atribuir realmente a la patología o al sexo las diferencias que se pudieron encontrar, se emplearon cuatro grupos de sujetos adolescentes; uno de histéricas y su control "normal" (femeninos); otro de farmacodependientes y su control "normal" (masculinos).

La muestra elegida fue homogénea en cuanto a edad, es-

colalidad y C.I.

La exploración se realizó mediante el T.A.T. empleando un protocolo especialmente diseñado para detectar los ocho aspectos.

Se concluye que:

Las histéricas confrontan las situaciones de manera acentuada, más en forma activa que pasiva y su agresividad, aunque poca, es de tipo activo. La defensa es predominantemente pasiva y experimenta agresión activa del medio.

Los farmacodependientes muestran una personalidad pasivo-agresiva ya que confrontan y agreden pasivamente. Perciben un medio ambiente hostil en ambas formas, predominando la forma activa.

El grupo Femenino normal confronta el stress tanto activa como pasivamente, presentando poca defensa, al percibir el medio como poco agresivo. Su nivel de agresión también es bajo.

El grupo masculino normal confronta activamente las situaciones stressantes, siendo bajos sus niveles de defensa y de agresividad aún cuando perciben un medio ambiente un tanto agresivo (más en forma pasiva que activa).

Es importante señalar que las diferencias encontradas entre los cuatro grupos parecen deberse a la patología.

INTRODUCCION

Dentro de la Psicología Clínica, el estudio de las Psicopatologías, ocupa un lugar predominante, ya que éstas incapacitan al sujeto para enfrentar y resolver los conflictos de la vida, en una forma adecuada, existiendo diversas corrientes que tratan de explicar el por qué de dichos fenómenos.

En este contexto, existe un marco teórico que se ha desarrollado dentro de los lineamientos de la Psicología Experimental, con experiencias en nuestro país y que es fundamentalmente nuestro interés en el desarrollo de esta tesis, nos referimos al modelo teórico de CONFRONTACION ACTIVO-PASIVA desarrollado por el Doctor Rogelio Díaz Guerrero en el estudio de la conducta social del mexicano a lo largo de varios años.

La teoría de que un sujeto que evita el stress de la vida, se defiende, en el más puro sentido clínico de la palabra en vez de resolverlo, o el de aquel que encara y resuelve su problemática, nos dan ejemplos de Defensa en el primer caso y Confrontación en el segundo.

Según este autor, todos los humanos de todas las culturas, deben manejar una multitud de "stresses" de la vida y en todas las culturas y en todos los tiempos, los hombres están interesados en el problema de cómo manejarlos, llegando cada una a lo que consideran las maneras más factibles del manejo del omnipresente stress de vivir.

Este marco teórico, aún no desarrollado en la psipatología nos ha parecido de interés para investigarlo en pacientes psiquiátricos, cuyas características conductuales y clínicas caen dentro de estas conceptualizaciones teóricas.

Se emplearán poblaciones de adolescentes de mujeres Histéricas, hombres Farmacodependientes y grupos control de sujetos "normales", porque de acuerdo al marco teórico que empleamos, la Histeria podría considerarse como un caso de encaramiento pasivo del stress. Se incluirán Farmacodependientes por tratarse de uno de los problemas de salud física y mental de actualidad y por considerarlo de interés para ser confrontado con el grupo de Histeria, ya que una premisa de nuestro marco teórico afirma que en México el hombre es más activo que la mujer.

Consideramos además, necesario, el empleo de grupos Control, con el objeto de diferenciar la influencia del sexo y de la patología.

La muestra empleada será de adolescentes, por ser esta edad en la que se enfrentan cambios biológicos, sociales y psicológicos que requieren de un buen ajuste, que de no existir puede dar lugar a la aparición de alguna patología mental.

Mucho se ha dicho que el adolescente rompe con el patrón establecido de comportamiento y que muchas manifestaciones clínicas son producto de esta ruptura de valores socialmente acep

tados; en algunos casos con una rebelión activa y en otros con una actitud pasiva. Mas, cuáles son las diferencias en estos patrones de enfrentamiento entre los grupos de sujetos "normales" y los grupos patológicos? Y cuáles entre los patológicos?

La investigación esencial de esta interrogante se realizará usando una prueba de amplia difusión, aplicación y validez clínica, el T.A.T.

Esto permitirá validar más este instrumento en la investigación clínica y en la investigación de problemas psicopatológicos; y por su carácter proyectivo, logra que el sujeto plantee y resuelva situaciones que puedan resultar stressantes, y a través de sus historias podamos determinar sus actitudes y conductas con respecto a la visión que tiene el mundo que le rodea. Consideramos que este estudio es importante porque además de dar una nueva perspectiva al T.A.T., nos permitirá profundizar en aspectos específicos de la Histeria y la Farmacodependencia, facilitando al Psicólogo el manejo clínico, laboral y social de estos pacientes.

CAPITULO I. Antecedentes

- A. El modelo de Confrontación Activo-Pasiva
- B. Datos sobre adolescencia
- C. Histeria
- D. Farmacodependencia
- E. El T.A.T.
- F. Formulación de Hipótesis

A. EL MODELO DE CONFRONTACION ACTIVO-PASIVA

Para realizar la presente investigación utilizamos el modelo teórico desarrollado por el Doctor Rogelio Díaz Guerrero, en lo referente a la dicotomía activo-pasiva, para lo cual, se toma en cuenta la estructura psicológica de la familia, y los estudios sobre premisas socioculturales que se refieren a la actividad-pasividad.

La constelación familiar en nuestro país resulta favorable al desarrollo de las neurosis, debido a conflictos "internos", es decir, provocados en mayor grado por colisión de valores que por choque del individuo con la realidad externa (Díaz Guerrero).

El 32%, más, menos 2.65 de la población masculina por encima de los 18 años, en la ciudad de México está formada por "neuróticos", y el 44% más, menos 2.83 de la población femenina sobre los 18 años de edad es "neurótica" (Diferencia significativa de porcentajes con nivel de confianza de .4%) (Díaz Guerrero, 1952).

Díaz Guerrero ha desarrollado un modelo de ser humano frente al stress de la vida, de la siguiente manera:

- a) Por una parte la multiplicidad enorme de problemas que plantea la existencia y la vida misma, se reduce a la llamada TENSION EMOCIONAL (STRESS), que

es de tipo biopsicológico y se presta a formulaciones psicodinámicas.

- b) Por otra parte, los procesos mediadores de la confrontación del ser humano ante los problemas de la existencia, resumido en el concepto de PREMISA SOCIOCULTURAL.

Una premisa es una afirmación simple o compleja que parece proveer las bases para la lógica específica de los grupos.

Son aprendidas como afirmaciones de las figuras autorizadas y significativas del contexto sociocultural; o son adquiridas a través de "evaluaciones automáticas" de otras premisas.

Las funciones sociales de estas premisas socioculturales, incluyen: ser un requisito indispensable para la vida en sociedad, pues proveen a los individuos las bases para la comunicación comprensible; son unidades esenciales de la realidad interpersonal y de grupo; normarán el pensar y actuar de los individuos de un grupo dado.

Esto último, es cierto para la llamada población "normal" (lo que la hace normal es su espontánea y fácil alianza a las premisas socioculturales del grupo).

Además de las premisas socioculturales, existen premisas personales; es decir, aquellas maneras de pensar que eventualmente se tornan en premisas de cada individuo, a partir de sus

propias experiencias.

Estas premisas personales pueden estar o no con las premisas socioculturales y desde luego, hay también premisas de grupo, interpersonales, etc., y es en el juego de todas estas premisas, donde se llega a la solución del problema que enfrenta en un momento dado el sujeto. Este juego de las premisas frente al "stress", provoca una reacción y da colorido emotivo a éstas, hasta convertirlas en premisas un tanto emotivas. Cuando, al producirse una acción, se logra la solución adecuada del problema, las premisas adquieren una tonalidad emotiva de satisfacción, y se habrá confrontado el problema. Cuanto más apremio haya o más conflicto tenga la solución del problema, las premisas adquirirán un valor más alto, y si éstas fracasan al confrontar el problema, se dará la reacción emotiva de la frustración, el fracaso, y de allí se pondrán en acción los mecanismos de defensa que pueden llevar a la mala adaptación, a las neurosis, y aún, a la psicosis. Sin embargo, antes de que los mecanismos de defensa entren en acción, se hace uso del pensamiento mágico. El "pensamiento mágico", es una forma distintiva de manejo de los stress de la vida; este tipo de pensamiento puede participar y formar sus propias premisas o modificar las existentes, de acuerdo con las tendencias del individuo.

Se está desarrollando un instrumento de medición que se llama "Filosofía de la vida", en el que se investiga una serie

de premisas socioculturales que se supone median la dimensión activo-pasiva. De sus resultados se puede destacar:

- a) La mujer tiende a ser más pasiva que el hombre.
- b) El mexicano urbano posee más bien una combinación de actividad pasiva.
- c) Cuando la gente modifica el medio en un esfuerzo para manejar el stress, se le llama encarador activo; y si acepta el medio y se modifica a sí mismo, se le considera encarador pasivo del stress.
- d) En México se respalda la orientación pasiva (abnegación, obediencia, autosacrificio, sumisión, cortesía, "educación", etc.).
- e) Los manejadores activos del stress valoran el conflicto, la competencia, la agresividad, la libertad, la independencia; los manejadores pasivos del stress valoran la armonía, la protección, la formalidad, los papeles prescritos en las relaciones sociales.
- f) Para el mismo grado de frustración los pasivos deberán producir menos agresión que los activos.
- g) En los activos hay más hipertensión, úlceras y padecimientos coronarios, en los pasivos habrá más hipocondriasis e histeria.

Fue en el año de 1963, cuando el Doctor Díaz Guerrero pro

puso por primera vez en forma sistemática la dicotomía actividad versus pasividad en una investigación transcultural.

Las áreas del funcionamiento individual, donde deberá esclarecerse el papel que juega la dimensión actividad-pasividad son: la vida física, intelectual, emocional, social y religiosa.

Como ha indicado el Doctor Díaz Guerrero, ninguna persona puede evitar las situaciones que implican stress, y frente a esta realidad, los estilos adoptados pueden ser de confrontación o de defensa, y las dimensiones de actividad y pasividad están modelados culturalmente, y por lo tanto el parámetro socio-cultural representa la única evaluación legítima.

El concepto de confrontación de este autor es el siguiente:

"Sistema conductual, que se percibe como menos tenso y más fácil, generalmente implica control a estímulos internos o externos que parecen realizarse dentro de un marco de plasticidad que le permiten al sujeto superar el problema específico y además le ayuda a su desarrollo personal, dejándole una secuela de aprendizaje que le servirá posteriormente para manejar mejor las situaciones". (Díaz Guerrero)

En el orden de la percepción representa ajuste objetivo al problema.

La Defensa implica manejo de la situación más tenso y di-

fácil pues se refiere a una forma de conducta en la que el individuo no va a enfrentarse a una situación problema, sino que crea otra situación para explicar su problema. Sus mecanismos no son congruentes, parten de premisas en conflicto. No permiten el desarrollo ulterior de las potencialidades, no pudiendo manejar en forma más adecuada los problemas; distorsiona el significado de la situación.

B. DATOS IMPORTANTES SOBRE LA ADOLESCENCIA.

El período de la adolescencia comienza con el inicio de los cambios corporales que culminarán con la aptitud fisiológica para la reproducción, y termina en el momento en que el individuo está preparado física, emocional y socialmente para fundar una familia.

La edad a que comienzan los cambios pubertales varía con siderablemente en los distintos individuos, y esta variación influye en su adaptación social.

Tradicionalmente, la adolescencia ha sido considerada como un período crítico de desarrollo, especialmente en las sociedades más avanzadas tecnológicamente.

Los que han estudiado científicamente la conducta, tienden a señalar que la adolescencia representa un período de tensiones particulares en nuestra sociedad. Algunos otros han hecho hincapié en los ajustes que exigen los cambios fisiológicos vinculados a la pubertad, sin exceptuar a los aumentos de las hormonas sexuales y a los cambios en la estructura y la función del cuerpo.

Otros han tratado de descubrir en la cultura la causa pri mordial de los problemas de los adolescentes, poniendo énfasis en las numerosas demandas que nuestra sociedad ha hecho a los jóvenes de esta edad: demandas de independencia, de ajustes heterosexuales y con los semejantes, de preparación vocacional, de desarrollo de

una filosofía de la vida fundamental y normativa.

En muchas culturas en las que estas demandas no son ni tan complejas, ni tan limitadas a un determinado período de edad, como en la nuestra, no se considera que la adolescencia sea una etapa de ajuste especialmente difícil.

Aunque existen diferentes opiniones en lo referente a la importancia relativa de los factores biológicos, sociales y psicológicos, existe, no obstante, un acuerdo general en lo tocante a que el período de la adolescencia ha presentado tradicionalmente problemas especiales de ajuste en nuestra sociedad, sin embargo existe desacuerdo con respecto a que si los problemas de los jóvenes se han vuelto más agudos en años recientes, o simplemente han tomado otra forma.

Es indudable que los adolescentes comparten algunas experiencias y problemas comunes: todos sufren los cambios fisiológicos y físicos de la pubertad y el crecimiento propio de la adolescencia, todos sienten la necesidad de establecer su propia identidad; enfrentan también la necesidad de abrirse camino como miembros independientes de la sociedad y de ganarse la vida. A pesar de estas semejanzas no todos enfrentan las mismas exigencias ambientales, no son todos iguales: los problemas que tiene que resolver un joven socioeconómicamente menoscabado, que proviene de un hogar deshecho y que habita en un barrio marginado son muy diferentes a

los problemas a que se enfrenta un adolescente de buena posición económica y que proviene de un hogar afectuoso y protector. Las respuestas de chicos provenientes de ambientes tan opuestos tienen que ser considerablemente distintas.

La maduración física e intelectual juega un papel necesario y de importancia vital en la transición del adolescente desde la niñez hasta la edad adulta, en nuestro medio; pero una madurez con sentido (social y psicológico), no puede alcanzarse, a menos que el adolescente sea capaz de dominar con éxito ciertas importantes tareas, relacionadas entre sí. Para ser verdaderamente un adulto y no sólo, un sujeto maduro físicamente, en los pocos años comprendidos entre la niñez y la edad adulta, tiene que alcanzar gradualmente la independencia respecto a su familia, ajustarse a su maduración sexual, establecer buenas relaciones y de cooperación con sus compañeros, sin ser dominado por ellos, así como elegir su vocación y prepararse para cumplirla.

Tiene pues, que formarse toda una filosofía de la vida, un conjunto de normas y creencias morales orientadoras que puedan prestar algún orden y consistencia a la serie de decisiones que tendrá que tomar y a las acciones que ejecutará en un mundo cambiante y a veces caótico. Antes que el muchacho pueda abandonar sin temor su dependencia infantil respecto a otros, ha de tener alguna idea de lo que es él mismo, de a dónde quiere ir y cuáles son sus posibili-

dades de llegar.

La pregunta de ¿quién soy?, que es el problema capital de la adolescencia, se ha convertido en foco de interés, a través de las obras de E. Erikson, que ha estudiado el problema en función de la "identidad del yo"; para decirlo con sus palabras:

"la identidad que el adolescente trata de aclarar es la de quién es, él, y cuál ha de ser su papel en la sociedad. ¿Es niño o adulto? ¿Habrá que ser algún día esposo y padre? ¿Qué clase de trabajador y de proveedor del hogar será?. En términos generales, ¿tendrá éxito o fracasará? Por razón de estas interrogantes, los adolescentes a veces están morbosamente preocupados por la opinión que otros tienen de sí mismos, en comparación con su propia concepción, y por la cuestión de cómo lograr que las reglas y destrezas aprendidas anteriormente, cacen con lo que en la actualidad se hace y estila..."

El peligro de este período de desarrollo es el de la disfusión del yo. Es posible que el individuo resuelve su dilema inclinándose hacia la delincuencia, eligiendo así, una identidad contraria a la que la sociedad sugiere, antes que permanecer como un ser anónimo.

La identidad negativa refleja un desesperado intento de reconquistar cierto dominio en una situación en la cual los elemen

tos de identidad positiva disponibles se anulan mutuamente. Para ellos como para cualquier joven en desarrollo, una identidad negativa es preferible a una falta de identidad.

La adolescencia representa una postergación socialmente autorizada de la adultez, implica un recurso psicológico de seguridad. Una moratoria es un período de postergación concedido a alguien que no está en condiciones de afrontar cierta obligación o impuesto a alguien que necesita disponer de tiempo para hacerlo. El joven necesita tiempo para integrarse a la edad adulta y la sociedad se lo concede. El adolescente se toma tiempo antes de comprometerse en un desarrollo continuo.

Un concepto de tiempo es esencial para la identidad. Si su perspectiva del tiempo es un problema, el joven puede reclamar una acción inmediata o inmovilizarse totalmente, en la desesperada esperanza de que el tiempo se detendrá y esa temida decepción nunca se materializará. El adolescente utiliza estas oportunidades para postergar el planeamiento y rememorar el pasado. Sólo cuando puede ver su vida en una perspectiva definida, su sentido del tiempo lo conduce a un sentido de identidad plena.

La certidumbre acerca de sí mismo implica una lucha entre la conciencia de identidad y la huida a la apatía. Sólo cuando el conocimiento de sí mismo y las impresiones que él expresa a otros coinciden, adquiere certidumbre de su mismidad y un sentido

de su propia identidad, al tiempo que disminuye los sentimientos de duda y confusión acerca de sí y de su autonomía.

Por otro lado, el joven comprueba que la experimentación tiene un carácter esencial. En última instancia, la identidad positiva o negativa depende de la experimentación exitosa con una amplia gama de roles.

Asimismo, la persistencia y la integración son esenciales para plasmar una identidad ocupacional y trazar planes de gran alcance.

El joven necesita resolver sus conflictos bisexuales y con el tiempo, identificarse con su propio rol sexual. Necesita experimentar comodidad en su gama de contactos con los miembros del sexo opuesto.

La capacidad del adolescente para dirigir y acatar, debe coincidir con el índice de autoridad de su sociedad. Un enfoque realista y claro de la autoridad se compone por actitudes estrechamente vinculadas con el dominio eficaz de las fases anteriores de desarrollo y con la eventual aceptación de una identidad positiva.

Además, el adolescente debe seleccionar, durante esta época, una filosofía básica, una ideología y una religión, que le den confianza en su vida y en su sociedad.

Si la moratoria concedida para lograr todo esto, fracasa-

sa, significa que el individuo se ha definido muy tempranamente y está comprometido con la sociedad adulta, antes de encontrarse preparado, o que alienta hondos sentimientos de fracaso porque se lo dejó librado al peligro de esta crisis y se siente perdido como persona. En este último caso, no sabe qué quiere ser verdaderamente o quién es en realidad ante los ojos de los otros. Aparece una ambivalencia en las actividades conductuales, verbales y cognoscitivas.

Con respecto a sus relaciones con los otros, el joven seleccionará a los adultos, significativos, a las personas de mayor importancia para él, a causa de su influencia anterior o porque representan relaciones actuales esenciales. Los del primer grupo, serían los padres, maestros, vecinos y conocidos que le inspiran confianza; dentro del segundo, se seleccionan por el significado que tienen para este ser que atraviesa un período de difusión temporaria de roles, más que por sus funciones sociales.

El joven experimenta a la sociedad como más competitiva, más compleja e impersonal que la sociedad en que vivieron sus padres, no obstante, intenta permanecer en la corriente principal de esta sociedad, le importa el éxito a alcanzar y es razonablemente feliz.

Para realizar este ajuste, el chico ha tendido a confiar, más que en sus antecesores, en valores tales como los de la

sinceridad y la franqueza en sus relaciones interpersonales con miembros del mismo sexo y del opuesto; la creencia en la importancia y la dignidad del individuo; un mayor hincapié en códigos de moral y de conducta personales, individualizados, y menor énfasis en dictados institucionales, arbitrarios e inconscientes de la sociedad. Es decir, el joven parece estar más dispuesto que la gente de generaciones anteriores a poner en práctica la filosofía del "vivir y dejar vivir".

A continuación describiremos las patologías que se emplearon en el desarrollo de este estudio.

C. ALGUNOS ASPECTOS DE LA HISTERIA.

Primeramente diremos que se trata de un tipo de neurosis y que de acuerdo a las distintas clasificaciones de la psicopatología la ubicaríamos como sigue:

El "Grupo para el Avance de la Psiquiatría" propone que se localice así:

4.0 Desórdenes psiconeuróticos

4.3 Tipo conversivo

4.4 Tipo disociativo

5.0 Desórdenes de la personalidad

5.2 Histórica

La "Asociación Psiquiátrica Americana" en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (1968) la enuncia así:

IV. NEUROSIS (300)

300.1 Neurosis histórica

.13 Neurosis histórica, tipo de conversión

.14 Neurosis histórica, tipo disociativo.

V. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y TRASTORNOS MENTALES NO PSICOTICOS DE CIERTO TIPO (301-304)

301 Trastornos de la personalidad

.5 Personalidad histórica

El término HISTERIA se deriva de la palabra griega HYS-TERA que significa útero. Se aplicaba más frecuentemente a las mujeres que a los hombres (Martin).

Las definiciones del término que proporcionan algunos autores, son las siguientes:

Charcot se inclinó a creer que una debilidad constitucional del Sistema Nervioso Central era prerequisite para la perturbación histérica (Martin).

La concepción moderna del término asegura que es un trastorno de la conducta, más que anatómico u orgánico (Geldard).

Ey la define como "una neurosis caracterizada por la hiperexpresividad somática de las ideas, de las imágenes y de los efectos inconscientes".

Babinski (1901) dice: "...es un estado psíquico que hace al sujeto capaz de autosugestionarse" (Ey)

Las neurosis están determinadas por la interacción de factores constitucionales y por el medio ambiente, situando a la histeria entre los trastornos más superficiales (Mayer Gross, Slatel y Roth).

Se considera también como "inestabilidad y trastorno psicogénico caracterizado por disociaciones, es decir, por la desaparición de la conciencia clara de deseos afectivos, pero que se consideran vitales y la producción autosugestiva de diversos sustit-

tos únicamente inteligibles a la luz de experiencias patogénicas; ataques, estados espasmódicos, parálisis, anestésias y otras afec- ciones de partes y funciones que han desempeñado algún papel en las experiencias reprimidas y disociadas" (Warren).

Al hablar de trastornos histéricos, nos estamos refi- riendo a un grupo de síntomas que pueden o no implicar funciones or- gánicas; pero en donde un examen minucioso del órgano defectuoso no revela ninguna imperfección física. Las terapéuticas medicinales como tales son completamente ineficaces, excepto en tanto que cual- quier clase de tratamiento puede producir una mejoría por sugestión psicológica (placebo). En general los síntomas histéricos se encuen- tran en los sentidos especiales y en la musculatura relativa al es- queleto" (Birch y Veroff).

Con todo lo anterior, podemos concluir que la HISTERIA cons- tituye una serie de manifestaciones tanto físicas como psíquicas y con una etiología tanto constitucional como medioambiental.

El lenguaje, el aspecto físico y la manera general del pa- ciente histérico son un poco dramáticos y exhibicionistas. La comu- nicación es expresiva y los recuerdos del pasado ponen de manifiesto sentimiento y experiencia interna.

El paciente exagera con el objeto de dramatizar un punto de vista. El histérico tiene dificultad de experimentar sentimientos reales de amor y amistad, aunque su presentación superficial da una

impresión totalmente contraria. Busca constantemente la relación personal, reacciona fuertemente a la desilusión, mostrando poca tolerancia a la frustración.

La paciente histérica da la impresión de servirse de su cuerpo como instrumento para la expresión de cariño y ternura, pero la motivación proviene de un deseo de obtener aprobación, admiración y protección, más que de un sentimiento de intimidad o placer sexual general.

En la situación de entrevista se presenta como desamparada y dependiente, teniendo necesidad de las respuestas constantes del médico, con el objeto de dejarse guiar en toda acción. Este es visto mágicamente omnipotente y capaz de resolver sus problemas de alguna forma misteriosa, como si fuera el sustituto del padre, esperando que cuide de ella, cargue con todas sus preocupaciones y asuma toda la responsabilidad.

Estos pacientes requieren de gran dosis de atención por parte de los demás y no están en condición de entretenerse a sí mismos, por lo que se da en ellos frecuentemente el aburrimiento.

Busca constantemente la estimulación externa y la conducta histriónica, seductora, excesivamente emocional y desesperadamente dependiente, busca atraer sutilmente a otros para asegurar su inte-rés y afecto continuos.

El histérico niega toda responsabilidad por la situación

en la que se encuentra. Cree que todos sus problemas provienen de alguna situación imposible de la vida.

En sus rasgos de carácter, el histérico se presenta como la antítesis del carácter rígidamente obsesivo, mostrando un carácter desordenado, falta de preocupación por la puntualidad y dificultad en la organización de los detalles mecánicos de la vida.

Su pensamiento se describe como impulsivo, que se fía en impresiones repentinas, más que en juicios críticos. La intensa necesidad de afecto y admiración le crea un aura de egocentrismo.

La función sexual suele estar trastornada en el histérico. La mujer puede presentar frigidez parcial como una reacción al temor de sus propios sentimientos sexuales. Este temor se refleja en sus relaciones hostiles y competitivas con otras mujeres y en su deseo de conseguir poder sobre los hombres, mediante la conquista seductora. Experimenta un gran conflicto en relación con estos objetivos, con el resultado de una inhibición sexual.

Las dolencias somáticas que abarcan sistemas múltiples de órganos, suelen empezar en la adolescencia del paciente y subsistir durante toda su vida. Los síntomas se describen en forma dramática e incluyen dolores de cabeza, de espalda, síntomas de conversión, dolor pelviano y trastornos menstruales.

El dolor es el síntoma más corriente que implica, con

frecuencia, necesidad de ayuda.

Los síntomas histéricos defienden al ego del nuevo despertar de la sexualidad reprimida. La represión constituye la defensa básica en toda las neurosis, aunque se le encuentre en forma más pura en las neurosis histéricas. Se manifiesta por fallas de memoria, amnesia histérica y falta de sentimiento sexual.

Al hablar de un problema histérico hay que hacer notar la diferencia que existe entre la reacción histérica pura y la neurosis histérica.

En la Reacción Histérica se hace referencia a una personalidad "normal" con rasgos histéricos y se observa generalmente en traumatismos emocionales muy violentos, hiperemotivos. Se le considera una reacción ante un problema, pero esta reacción tiene tendencia a desaparecer con el tiempo. Los signos que aparecen son: depresión y ansiedad de una manera temporal.

En estos casos, la reacción histérica no es común, surge como consecuencia de un problema dado. Esta conducta no va encaminada a manipular el medio, únicamente es una forma de canalizar la angustia y la depresión.

Como ejemplo de estas situaciones se podrían señalar a manera de ejemplo alguna intervención quirúrgica, un accidente, etc.

El tiempo que se presenta es corto y su pronóstico es

bueno.

La neurósis histérica es una enfermedad crónica, caracterizada por la alteración del funcionamiento en la esfera física o mental.

Los síntomas que caracterizan el principio y fin son situaciones de carga emocional y simbólica de conflictos ocultos.

Las causas que desencadenan este tipo de neurosis pueden ser variadas:

1. La cultura. Puede influir desde la infancia para que permanezca latente y aparezca durante la infancia y pubertad (Hollender -cuando el padre funge como madre sustituta).
2. Por fuertes emociones, exaltación colectiva, el matrimonio, la maternidad, etc.
3. Problemas de tipo sexual, encontrándose, como ya se dijo, desajustes a este nivel.

La NEUROSIS HISTERICA se puede presentar en dos diferentes tipos:

- A) DISOCIATIVO
- B) CONVERSIVO

A - La NEUROSIS HISTERICA DE TIPO DISOCIATIVO. Es una alteración originada por la sobrecarga de angustia, que logra en la personalidad la disociación de algunas funciones causando una desor

ganización que la gobierna por completo, con poca participación de la personalidad consciente. De acuerdo al sexo, pueden ser varias las causas que pueden desencadenar la histeria. En la mujer, conflictos de la esfera afectiva y en el sexual. En el hombre, situación stressante (guerra) circunstancias socioprofesionales, etc.

JANET consideró que las Neurosis Histéricas eran debidas a una incapacidad para integrar los procesos conscientes conflictivos. Las experiencias dolorosas y los impulsos indeseables no podían ser tolerados por sus enfermos.

En su concepto la DISOCIACION observó que estos sentimientos y pensamientos intolerables adquirían una experiencia independiente dentro de la persona y se manifestaban en forma de: amnesia, personalidad múltiple y ataques. Admitió que sistemas diferentes de pensamiento podían quedarse (de manera patológica) parados y perdidos en la conciencia. Con esto se alentó la idea de la existencia en la persona de procesos inconscientes.

Al colaborar Janet con Charcot, limitó las perspectivas de aquél y se consideró la disociación como el resultado de un defecto constitucional o un estado de fatiga excesiva pero temporal.

En la actualidad, se han señalado las siguientes crisis en las que se puede presentar:

PRODROMO HISTERICO O CRISIS SINCOPAL. Ante una situación stressante interna o externa se presenta un desequilibrio neurove-

getativo dando como consecuencia: mareos, oscurecimiento de la vista, desvanecimiento lento y pérdida momentánea de la consciencia. Al recuperarse de la crisis el sujeto afirma recordarlo todo, mostrando una gran sensación de fatiga.

AMNESIA. Ocurre como medio para escapar de una ansiedad intolerada y de un exceso de stress. El tiempo que prevalece puede ser largo o corto y puede estar o no asociada a la pérdida de la identidad. La amnesia es, en algunos casos una defensa ante algunos hechos delictuosos. Esto se podría ejemplificar con la "Epidemia de Amnesias" durante la Segunda Guerra Mundial (Linford 1967).

SONAMBULISMO. Tomándose como un automatismo ambulatorio, el sujeto se levanta de noche y camina normalmente como si estuviera en estado consciente.

ESTADOS CREPUSCULARES O DE FUGA. Es una disociación selectiva de una serie de elementos desagradables o peligrosos, que van desde ligera desorientación del ambiente hasta estados crepusculares típicos que se manifiestan como distracción o estado hipnótico. Son bruscos tanto su iniciación como su terminación.

ESTADOS DE ENSONACION. Existen cierta alteración en la conciencia, como si el medio ambiente se fuera distanciando suavemente del sujeto, los objetos parecen cada vez más pequeños y lejanos, le invade una pereza que le impide realizar movimientos. Al principio, estos estados aparecen en forma espontánea, pero poste-

riormente el mismo sujeto los produce.

SINDROME DE GANSER. Ganser en 1904 observó que los sujetos presentaban una conducta pueril y bizarra, respondiendo de manera errónea pero demostrando que hubo comprensión (para-respuestas).

DISGREGACION ESQUIZOFRENICA. Aquí se incluyen los delirios de influencia y la despersonalización.

DELIRIOS DE INFLUENCIA. (Estados de trance). Parecidos a los estados crepusculares, pero estos se presentan en diferentes condiciones ambientales, como ceremonias o festejos de contenido mágico o religioso, donde se manifiesta que están "poseídos".

PERSONALIDAD MULTIPLE O DESPERSONALIZACION. En este estado se encuentra una deficiencia para la integración informativa haciendo sentir al sujeto que es dos o más personas al mismo tiempo, las cuales pueden comunicarse entre sí. Es una manera de culpar a otros de los errores propios. En este estado el sujeto comienza a sentir una brusca transformación, no física sino cinestésica, viviéndose como si fuera una persona diferente.

CRISIS CATALEPTICAS O ESTUPOROSAS. Surgen después de una situación traumatizante o de un período difícil. El sujeto no habla y se mantiene inmóvil.

CRISIS DE CATAPLEXIA. Pérdida del tono muscular y el sujeto cae, casi no hay pérdida de la conciencia y se produce por emo-

ciones fuertes. Es recomendable un EEG para comprobar que se trata de una crisis de este tipo.

B. NEUROSIS HISTERICAS DE TIPO CONVERSIVO. En ella se presentan alteraciones a nivel motor, sensorial y sensoroespacial como una afección del sistema nervioso voluntario. La persona muestra deficiencia en su respuesta emocional, presentando lo que se llama "belle indifference".

El sujeto "convierte" su angustia o situación stressante al organismo, adoptando una actitud despreocupada.

A esta reacción se le conoce también como hipobólica. Kretschmer en 1958 la definió como "la falta de interés determinada patológicamente". Es característica importante de la explosión histérica. Castro (1975) afirma que: "estos síntomas suelen representar simbólicamente el conflicto que los originó".

ASPECTOS QUE ABARCAN LOS DIFERENTES NIVELES EN LA HISTERIA CONVERSIVA:

- a) MOTOR. Parálisis, temblores, problemas en la marcha.
- b) SENSORIAL GENERAL. Anestesia, parestesia, hiperalgias y dolores.
- c) SENSORIO-ESPACIAL. Dificultades visuales, sordera, pérdida del gusto o del olfato.

Ahora se analizarán cada uno de los aspectos anteriores:

- a) MOTOR. Se le conocen como parálisis funcionales, par-

tiendo del hecho de que a la parálisis se le considera como la imposibilidad de realizar uno o varios movimientos coordinados con una misma significación funcional.

Las parálisis pueden ser:

1. Sistemáticas. Son afectados algunos movimientos de un miembro, se presenta en forma de dificultades para realizar algunos movimientos. Es la manifestación histérica más frecuente (Ey). Hay dificultad para caminar sobre una línea recta por la pérdida del equilibrio.

2. Localizadas. Afectan todo un miembro. Se pueden presentar a manera de temblores, en situaciones que producen terror, miedo, cólera. Actúa como barrera protectora de reacciones instintivas de huida y defensa.

3. Tics. Serie de movimientos involuntarios y aparentemente sin propósito de músculos conectados entre sí (Noyes y Kolb).

b) SENSORIAL GENERAL. Dentro de este aspecto, se encuentran las siguientes:

1. Anestesia. Es muy común como síntoma histérico y consiste en la desensibilización de alguna parte del cuerpo, pero es importante diferenciar la histérica de la orgánica (Sutter).

2. Parestesia. Sin que exista una real estimulación del medio se perciben estímulos, como frío, calor, hormigueo, pinchazos o adormecimiento.

3. Hiperalgias. Se refiere a un aumento en la sensibilidad al dolor.

4. Dolores. Se han resumido, en la siguiente lista los dolores más comunes que resienten los pacientes histéricos (Perley y Guze) (1962):

- Dolor en el pecho
- dolor en el estómago
- dolor en la espalda
- dolor en las articulaciones
- dolor en las extremidades
- dolor en los órganos sexuales

c) SENSORIO ESPACIAL. Aquí aparecen los órganos de los sentidos:

1. Problemas de la visión
2. Sordera
3. Pérdida del olfato (anosmia)
4. Pérdida del gusto
5. Afonía

1. Problemas de la visión. Pueden presentarse de tres maneras: existiendo un deterioro en la vista, como la aparición de manchas o disminución de la agudeza visual. Otra manera sería la ceguera temporal, generalmente su duración es corta y aparece después de una situación desagradable. La tercera, son las ilusiones o distor-

sión de la visión de acuerdo a la situación emocional y existiendo un objeto real como estímulo, a diferencia de las alucinaciones en las que no existe estímulo alguno.

2,3 y 4. La sordera, anosmia y pérdida del gusto guardan la misma problemática que la visión, encontrándose en todos ellos disminución de esa capacidad que anteriormente había sido "normal".

5. Afonía. La pérdida de la voz es paulatina hasta llegar al cuchicheo (negándose a hablar más fuerte), afirmando que han perdido el habla y la manera en que se comunican con los demás es a nivel escrito.

Los siguientes síntomas, que ahora vamos a presentar, también se dan en pacientes histéricos de tipo conversivo y han sido señalados por Perley y Guze:

Trastornos viscerales. Caracterizados por:

-Algias. Dolor en alguna parte del cuerpo, sin que haya motivo aparente ni cambio físico en ella.

-Anorexia. Lo que trae como consecuencia variación en el peso.

-Bolo faríngeo. En este sentido el paciente afirma que tiene algo en la garganta, lo que le dificulta el lograr tragar.

-Náusea y vómito. Se presenta dentro y fuera del embarazo.

-Constipación o diarrea. Se considera síntoma muy característico de la histeria, cualquiera de los dos extremos.

-Trastornos de tipo sexual. En este sentido el paciente presenta relaciones superficiales, lo que origina que en muy raras ocasiones alcance un orgasmo. Aparecen desórdenes a nivel menstrual como pueden ser los siguientes: dismenorrea, amenorrea o hipermenorrea. Además pueden aparecer estos otros síntomas: indiferencia sexual, frigidez, dispareunia, ciésis (embarazo histérico).

En este último, se presentan las condiciones que normalmente se presentan en un embarazo, como son: aumento del abdomen, amenorrea, vómitos, etc.

Haciendo algo de historia en lo que a CONVERSION se refiere, podríamos señalar lo siguiente:

El descubrimiento de las raíces inconcientes de los trastornos de conversión fue un paso crucial en la historia de la psicopatología.

En el concepto de TRASTORNO DE CONVERSION en donde los síntomas físicos sirven como vehículo para descargar la tensión patológica podemos encontrarlo en los griegos, ellos identifican la HISTERIA como una dolencia común en las mujeres y que ellos atribuyeron a movimientos anormales del útero (hystera). Fue en el siglo XVI cuando Lepois sugirió que este trastorno no debería atribuírsele a fuerzas diabólicas ni al útero errático, sino a lesiones cerebrales. Por lo tanto, esta dolencia podía presentársele tanto al hombre como a la mujer, lo cual no tuvo mucha aceptación.

En el siglo XIX fue cuando en realidad hubo un cambio radical en este sentido, lo cual se debió a los trabajos de Charcot y a subsiguientes estudios clínicos de Janet, Breuer y Freud.

Freud propuso la primera teoría enteramente psicológica sobre la formación de síntomas histéricos, afirmó que estos representaban emociones reprimidas, engendradas por un incidente traumático que no pudieron ser descargadas en el momento de producirse el trauma. Estas emociones y los pensamientos asociados se vieron "condenados" porque eran moralmente inaceptables, para la conciencia del paciente. Desconectando estas emociones y pensamientos de la corriente de la conciencia, la persona evitaba el dolor de reconocer su carácter adverso o inmoral. Pero a través de la acción de diversos mecanismos intrapsíquicos, estas emociones y pensamientos pudieron exteriorizarse mediante algún "disfraz". En la histeria; la energía afectiva se desplazaba, convertía y descargaba a través de un síntoma corporal; el síntoma histérico, aunque con una significación psíquica bastante oscura canalizaba elementos de los inaceptables pensamientos o impulsos originales.

Posteriormente, Freud modificó sus criterios sobre el papel principal presentado por los episodios traumáticos, sustituyéndolo por el concepto de afecto sexual reprimido hacia el progenitor del sexo opuesto (Complejo de Edipo), su formulación básica de la génesis del síntoma histérico, permaneció esencialmente sin variacio-

nes. Sus trabajos sobre la "dinámica de los trastornos de conversión, dados a conocer a principios de siglo, se convirtieron en la piedra angular de sus posteriores aportaciones. Prácticamente la única ampliación significativa de su teoría original sobre la formación del síntoma fue el concepto de ganancia secundaria, desarrollado para explicar el hecho de que los síntomas persistían incluso después de que sus emociones reprimidas hubiesen sido liberadas.

Este último punto se señala en breve en la descripción de este síndrome que da la DSM-11, al describir la neurosis histérica tipo conversión, como sigue:

"...afecta a sentidos específicos o al sistema nervioso voluntario, provocando síntomas tales como ceguera, sordera..." "...anestias, parálisis. El paciente muestra a menudo una inadecuada despreocupación o una belle indiferencia acerca de estos síntomas que pueden provocar en la práctica ganancias secundarias, atrayéndole simpatías o relevándole de desagradables responsabilidades.

La ganancia principal de la maniobra de conversión es bloquear el paso a la advertencia de la verdadera fuente de la ansiedad. La "elección del síntoma y el significado simbólico que expresa, reflejan el carácter particular del problema fundamental del paciente y las ganancias secundarias que intenta lograr. Tanto el problema que se le plantea como las ganancias que obtiene, arrancan por igual de su personalidad básica y de su estilo de enfrentamiento habitual.

HISTERIA DE ANGUSTIA

La raíz de la mayoría de las neurosis es el exceso de ansiedad. Se percibe como inseguridad, conflicto de culpa e inclusive un gran desasosiego interior (Ey, 1965).

La actividad psíquica que sigue a las experiencias traumáticas son períodos de represión intensa, de repetición de la conducta e inclusive prácticas en forma compulsiva (Davis, 1966).

Las respuestas de ansiedad de los sujetos normales ante el stress (exámenes escolares, intervención quirúrgica, etc.) ocurren brevemente y no se igualan al caso de las enfermedades mentales como son la histeria, obsesiones, reacciones sociopáticas, alcoholismo o esquizofrenia (Pitts, 1971).

DEPRESION EN HISTERIA

Sydeham en el siglo XVIII (nota Pichot, 1968) afirmó que la Histeria era una enfermedad mental que constaba de manifestaciones psíquicas, entre las cuales se debería de incluir a la depresión.

Castro López (1975) afirma que el sujeto histérico se deprime presentando tristeza, llanto, sueño, intranquilidad o insomnio que les sirve de defensa contra una depresión profunda y que trata de ocultar con su teatralidad característica.

En el sujeto histérico se puede presentar este síntoma con un alto grado de peligro, que es el INTENTO SUICIDA, aún cuan-

do se ha llegado a pensar que no es importante tomar en cuenta la amenaza de suicidio de un sujeto histérico. Sin embargo, se ha llegado a comprobar que el problema es bastante real y que en muchos casos llega a ocurrir.

Fan y Col (nota Sutter) observaron que en un grupo de 300 estudiantes los síntomas de tipo histérico más frecuentes eran crisis nerviosas, astacia, abasia y problemática en la función sexual, lo que ocasionaba disminución en la función intelectual, manifestaciones ansiosas, fobias, depresiones e intentos suicidas (Lara Tapia y Martínez E, 1975).

ASOCIACION DE LA HISTERIA CON OTRAS ENFERMEDADES

Es importante este aspecto, ya que en algunos casos podría llegar a haber confusión y por lo tanto, un diagnóstico equivocado. Dentro de las asociaciones posibles podríamos mencionar:

- Histeria-epilepsia;
- Histeria-tetania;
- Histeria y traumatismos

HISTERIA-EPILEPSIA. Existe una coincidencia entre los paroxismos epilépticos y las crisis de tipo histérico, pero existen algunas reglas que nos serán de gran utilidad para diferenciar los síntomas y descartar alguno de los dos diagnósticos.

HISTERIA GRUESA

Como un caso típico de esta histeria se puede mencionar la

maternidad (Recamier, nota Sutter), en la que se provocan accidentes histéricos con manifestaciones patológicas, en el que puede haber el antecedente de una organización histérica de la personalidad o una reactivación de conflictos anteriores, al mismo tiempo que se está enfrentando la anunciación y realización de la maternidad.

PERSONALIDAD HISTERICA

Se tomarán en cuenta las opiniones de varios autores para lograr una idea clara sobre este tipo de personalidad:

Kretschmer, en su libro "Historia Reflejo e Instinto" da dos características principales que son:

- debilidad intelectual y
- pobreza afectiva

Afirma generalmente que son personas con inteligencia limitada, que no son capaces de manejar sus problemas a un nivel más elaborado.

En lo referente a la pobreza afectiva, afirma que sus relaciones nunca llegarán a ser profundas, porque existe una falta de entendimiento con quienes les rodean, y es en esta superficialidad de sus relaciones, en donde se incluye la labilidad emocional, manifestándose volubles e inestables (D.S.M. II).

Chodoff y Lyons (1958) (nota Lempiere) hacen mención de otras características que son:

- egocentrismo
- histrionismo
- erotización de las relaciones sociales
- dependencia afectiva.

El egocentrismo se refiere a la idea de que tienen que ser el centro del grupo (Ey, 1965).

El histrionismo implica una plasticidad de la persona en donde las identificaciones masivas y lábiles tienen una movilidad permanente de roles en función del auditorio, con cambios notables que saltan a la vista (Lempeire, 1968).

La erotización se manifiesta como la necesidad de gustar y saber que se cautiva a los demás (Celani, 1976). Estas conductas se parecen a la actitud de los niños, que intentan realizar actos difíciles para demostrar que son capaces de hacerlos y atraer la atención del grupo. Esta relación puede quedar en insinuaciones y juegos verbales, o pueden llegar hasta el contacto sexual.

La dependencia afectiva es la necesidad que tienen para que otra persona decida sobre su vida, que generalmente representa autoridad (Lázare, 1966).

Henry Ey (1965) afirma que hay varios aspectos a analizar:

- infantilismo e inmadurez;
- egoísmo;
- sugestibilidad; y
- mitomanía

Los dos primeros aspectos pueden ser explicados fácilmente, por haberles faltado afecto en su niñez, y que tratarán de buscarlo, aunque de manera superficial. Se les llama inmaduras por carecer de un carácter firme y ser indecisos; de aquí surge la sugestionabilidad que constituye una manera de vivir.

Castro López (1975) les compara con un caleidoscopio de colores brillantes, el que al menor movimiento modifica su estructura.

El egoísmo se presenta como una consecuencia de su inmadurez e infantilismo.

La mitomanía es un aspecto relevante en el cuadro histérico, ya que usará la mentira como una forma más de manipulación de su medio.

Lázare (1966) menciona como una característica más, a la pasividad, y dice que siempre estarán estos sujetos, a la espera de que sus "súbditos" cumplan con sus más mínimos deseos.

Cramer y Cols (1971) ofrecen dos conceptos más: exhibicionistas y extrayagantes.

Creemos importante agregar que el índice de morbilidad de la Neurosis Histérica en nuestro país, es de 11.40% (Lara Tapia y Ramírez de Lara Tapia, 1975).

Para finalizar concluimos que dadas las características de las histéricas y su aparente dependencia y pasividad son sujetos ideales para explorar en ellas el modo de enfrentar el stress y fue

esta la razón por la que las elegimos para ser estudiadas.

D - ASPECTOS IMPORTANTES DE LA FARMACODEPENDENCIA

La Farmacodependencia, nombre técnico de la drogadicción es un problema que afecta a toda la sociedad, no respeta edades ni clases sociales y cada grupo de edad y cada clase social consume ciertas drogas de preferencia, sin embargo, es en los jóvenes en donde la farmacodependencia adquiere un carácter más dramático.

Cualquier caso de farmacodependencia está determinado por tres factores:

- a) La droga misma y sus efectos
- b) La persona farmacodependiente con todas sus características físicas y psicológicas.
- c) El medio ambiente, o sea, la sociedad en donde se produce la farmacodependencia.

La O.M.S. ofrece la siguiente definición de Farmacodependencia, que es aceptada en casi todos los países: "...es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irrefrenable por tomar el fármaco continua o periódicamente a fin de experimentar sus efectos psíquicos, y, a veces para evitar el malestar producido por la privación".

Tenemos que: "Droga o fármaco es toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones".

Existen dos grandes tipos de dependencia, según la droga que se consuma:

El primero de ellos es la DEPENDENCIA FISICA O ADICCION, que "...es un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga"; estos trastornos se conocen en conjunto como SINDROME DE ABSTINENCIA.

El segundo tipo de dependencia producido por algunas drogas, es la DEPENDENCIA PSIQUICA O HABITUACION que es "...el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica también un grave peligro para el individuo".

Cualquiera de los dos tipos de dependencia puede o no acompañarse de otro fenómeno llamado TOLERANCIA, que "...es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar las dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud". Esta situación encierra un grave peligro, pues la dosis puede llegar a aumentarse a tal grado que provoque una intoxicación.

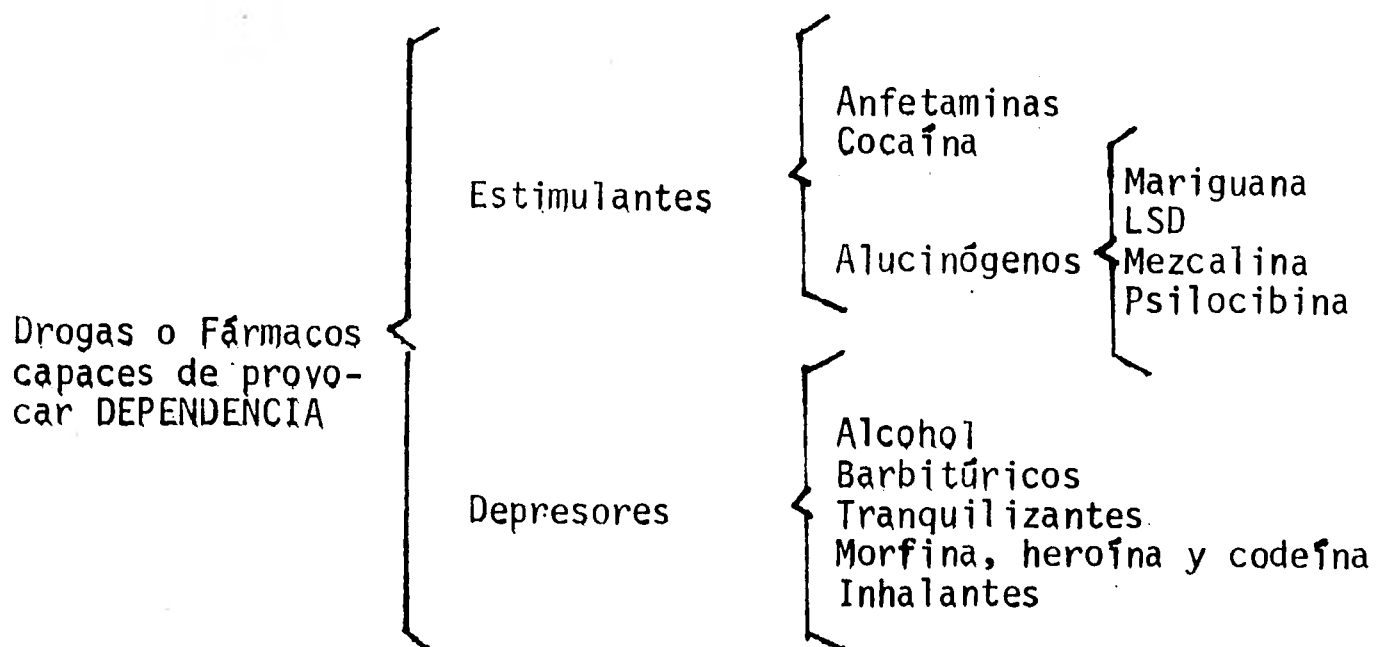
Se dice que ABUSO "...es el consumo de un droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual".

Los fármacos de abuso se clasifican de acuerdo al efecto que ejercen sobre la actividad mental o el estado psíquico de una

persona.

Este efecto puede ser de dos tipos: acelerar o retardar la actividad mental.

Las drogas que aceleran la actividad mental son los ESTIMULANTES; los fármacos que la retardan se llaman DEPRESORES. Presentamos en forma de cuadro sinóptico la clasificación de las drogas.



La lista de sustancias utilizables para crear y mantener una dependencia casi no tiene límites y, por tanto, sigue estando abierta.

Cada droga produce una serie de manifestaciones particulares en la persona que la consume y es común que una misma persona ingiera varias drogas simultánea o alternativamente, con lo que las manifestaciones provocadas por cada droga pueden imbricarse y dificultar la identificación clara de la sustancia que produjo el cuadro de farmacodependencia.

El dato importante para sospechar que una persona es farmacodependiente lo constituye un cambio más o menos súbito en la conducta habitual, lo cual hace que la persona parezca "rara"; pueden además recurrir trastornos en la atención, la disciplina y el rendimiento escolar o laboral; en fin, suele ocurrir un cambio en la personalidad. Otras manifestaciones que hacen presumir farmacodependencia son: rechazo de antiguos amigos y sustitución del círculo de amistades; cambios en el lenguaje o en el ves tido; descuido de la apariencia física o de la vestimenta; exigen cia exagerada para los gastos personales; robos o asaltos; presen cia de algún olor especial en el cuerpo o en la ropa; uso no habitual de anteojos oscuros o camisas de manga larga.

Las motivaciones personales para consumir drogas así como la manera de hacerlo varían mucho de un individuo a otro. Al gunas personas usan las drogas con un propósito específico en una situación pasajera, y podríamos llamarles consumidores ocasionales, muchas de estas personas no muestran dependencia psíquica a las drogas, y el consumo cesa en cuanto desaparece la situación que lo originó, de hecho puede no considerarse a esta clase de usuarios como verdaderos farmacodependientes.

Un segundo grupo de personas utiliza las drogas para ex perimentar o en plan de diversión, son casi siempre jóvenes.

Otros usan las drogas esporádicamente, para tener la

experiencia psíquica, para desafiar las costumbres establecidas, para pertenecer a un grupo o para hacer frente a los conflictos de la adolescencia, algunos jóvenes sólo frecuentan el grupo una o dos veces por mes, como medio de afirmación de su originalidad y de desempeñar su identidad. En estos casos es posible que exista cierto grado de dependencia psíquica, pero poca o ninguna dependencia física. Muchos experimentos tampoco consideran a este tipo de consumo de drogas como una enfermedad, sino como un proceso de búsqueda de identidad que ocurre durante toda la vida, pero que se hace más manifiesto durante la adolescencia.

Finalmente, se encuentran los farmacodependientes habituales, cuya vida diaria gira casi exclusivamente en torno a las drogas y a los esfuerzos para conseguirlas; hay en ellos una marcada dependencia psíquica, reforzada frecuentemente por la dependencia física cuando utilizan ciertos fármacos. Aquí es donde con más frecuencia se da el consumo combinado de drogas, y donde se encuentra el mayor número de problemas médicos por síndrome de abstinencia o por intoxicación, pues buscan "flashes" y saciamiento inmediato, arriesgándose al máximo. Estos son considerados como, los "Toxicómanos verdaderos".

Las diferentes formas de abuso de drogas en ocasiones llegan a mezclarse; por lo común el farmacodependiente habitual o toxicómano verdadero, se inició en el abuso de drogas con ánimo de

diversión o de experimentación. El usuario ocasional puede así mismo caer al grupo de los habituales.

La O.M.S. aportó estas cifras en 1971: en los Estados Unidos se estima en tres millones el número de "Toxicómanos verdaderos", en siete millones el número de "experimentadores", y en cinco millones el de los "utilizadores moderados" pero regulares de marihuana u otras drogas psicoactivas.

La extensión de las toxicomanías a los muy jóvenes (de 14 a 20 años) es un hecho observado en todos los países occidentales, que señala el desarrollo del adolescente y su necesidad de recurrir a "soluciones" de grupo, fuera del mundo de los adultos.

Las estadísticas muestran en efecto, en todos los países occidentales cifras comparables a las de un estudio estadístico francés de 1970; de 100 drogados, 90 tenían menos de 30 años, de los cuales 40 tenían menos de 20 años y 11 menos de 17 años.

El uso de las drogas reduce la ansiedad y la tensión, pero pone las cosas de tal manera que lo que hace es causar más tensión y por lo tanto, se requiere más droga.

Las motivaciones para consumir drogas varían ampliamente; entre los jóvenes puede ser una forma de experimentar sensaciones nuevas, de manifestar rebeldía, de estimularse o para poder preparar los exámenes, o simplemente combatir el ocio. Las gentes van a las drogas como formas aceptables de solucionar problemas, pero de hecho,

son soluciones a corto plazo y pueden evitar que el individuo encuentre una solución permanente a sus problemas, sin el uso de la droga.

Otra motivación es la curiosidad y el deseo de socialización.

Entre las situaciones sociales que propician la farmacodependencia tenemos:

1. La incomprensión, la desconfianza y la falta de oportunidades para jóvenes;
2. Las grandes tensiones que produce la vida moderna; y
3. La penetrante propaganda de las compañías farmacéuticas que presentan productos como una solución de todos los problemas con el fin de que se vendan en forma masiva.

Las familias de los sujetos farmacodependientes presentan factores característicos: padre ausente o débil, madre sobreprotectora y dominante, y una conducta con manifestaciones de hostilidad y afecto y con aspiraciones desproporcionadas respecto al futuro de los hijos, tomando en cuenta su status socio-económico.

En la familia del farmacodependiente, el padre, por lo general, es una persona ausente, desobligada y a menudo alcohólica, es decir, es un sujeto desvirtuado y desvalorado en la familia.

La madre es a la vez posesiva y rechazante.

En cuanto a las relaciones interpersonales de estos pacientes

tes, encontramos que existe dificultad para relacionarse, y no se obtiene satisfacción en ellas; sus relaciones se constituyen en base a rivalidad, envidia, sometimiento, inseguridad, ansiedad y culpa. En cuanto a sus estudios, es pasivo y por lo general presentan un retraso en la relación edad-escolaridad.

En un estudio, se encontró que existe una mayor frecuencia de dificultades afectivas en los jóvenes usuarios antes de recurrir a la droga, comparados con un grupo de no consumidores.

Los farmacodependientes suelen padecer ciertos tipos de inestabilidad emocional que pueden o no haberse manifestado antes de la experiencia de abuso de drogas, por lo general, son individuos inmaduros, hostiles y agresivos, renuentes a asumir responsabilidades, frustrados, atormentados por conflictos interiores, impulsivos e incapaces de posponer el logro de satisfacciones, y con poca tolerancia a la frustración.

En general pueden tener estos sujetos, buena capacidad física, en principio eran personas con iniciativa, impulsivos y con tendencia a perder el control, pero con pobre confianza en sí mismos, con inestable estado de humor, pacíficos y tolerantes, con poca temeridad hacia el miedo.

Hasta ahora hemos tratado de dar un panorama general de lo que es la farmacodependencia, de las características de las familias y de los individuos en los que se da este agudo problema; ahora trata

remos con más detalle los tipos de farmacodependencia de los que nos ocuparemos en la presente tesis, que son el uso de la MARIGUANA y de los INHALANTES, que son los productos más consumidos por adolescentes, y que resultan relativamente baratos y de "fácil" obtención; estas farmacodependencias son las que más se dan en jóvenes de clase socioeconómica de media a baja.

La MARIGUANA es un alucinógeno que puede presentarse en diversas formas. Se obtiene de una planta llamada Cannabis, que tiene las variedades Sativa e Indica, conocida también como cáñamo indio.

Es una planta que se cultiva o también crece silvestre; puede desarrollarse en todos los sitios del mundo, donde hay clima templado. La altura de la planta varía entre uno y tres o más metros; sus hojas son largas, estrechas y aserradas, adoptan forma de abanico y son lustrosas y pegajosas, su superficie superior está cubierta por vellos cortos.

Según la parte de la planta que se utilice pueden obtenerse diversas preparaciones de la droga.

La MARIGUANA es una de las drogas que más se consume en México. Los usuarios por lo común la fuman, casi siempre en forma de cigarrillos, donde puede estar sola o mezclada con tabaco; también se consume en preparaciones alimenticias, sobre todo pastillas y dulces; también pueden masticarse las hojas.

Cuando la fuma, el usuario, puede hacer sus propios ciga-

rrillos y entonces dobla los dos extremos del papel para evitar que la mariguana se salga; otras veces extrae parte del tabaco de cigarrillos ordinarios y los rellena con mariguana, en este caso, la apriencia del cigarrillo con mariguana es indistinguible de la de un cigarrillo común. Un cigarrillo con mariguana pura es más pequeño que uno ordinario y su contenido tiene color verde. Cuando se enciende o se fuma, produce un olor muy peculiar, parecido al de la paja seca en combustión.

Antiguamente, la mariguana se utilizaba como medicamento para diversas enfermedades (insomnio y estados delirantes y convulsivos como en el tétanos, en el delirium tremes alcohólico, en la jaqueca, neuralgias y reumatismo, así como para calmar el dolor de los cólicos y como antidiarreico por su acción sobre el peristaltismo intestinal). Actualmente, su uso ha sido proscrito en la medicina moderna.

Algunos NOMBRES POPULARES que se dan a la droga son: mota, café, grifa, yerba, la verde, juanita, mostaza, mora, toque de la buena, canabis, pasto, mari, etc.

Los USUARIOS son denominados popularmente así: grifo, mariguano, moto, pasado, macizo, pacheco, en onda, drogado, mafufo, atizado, tocado, alivianado, etc.

La POTENCIA de la MARIGUANA varía según el sitio en donde provenga, la forma de cultivar la planta, de prepararla y de al-

macenarla. Además, los efectos varían de acuerdo con la cantidad que se consume, con el ambiente social donde se consume y de la personalidad del usuario. En general, fumar marihuana constituye una actividad de grupo.

El EFECTO de la droga se hace sentir entre 15 y 30 minutos después de inhalar el humo, y suele durar de dos a cuatro horas.

Existen dos signos que son constantes y ayudan a identificar al usuario; estos son: enrojecimiento de los ojos y aumento de la frecuencia cardiaca.

Con dosis de aproximadamente medio cigarrillo, el usuario se siente en un principio estimulado (ríe y habla con facilidad); posteriormente, puede presentar marcada somnolencia.

Una dosis de cigarrillo y medio, aumenta la percepción de lo que está ocurriendo en el exterior, se pierde la coordinación de las extremidades y la memoria a corto plazo, hay disminución de la temperatura corporal, hambre insaciable e inflamación de las mucosas y los bronquios. La droga exalta la fantasía, el estado de ánimo y la sensación de estar por encima de la realidad; se pierde la sensación del espacio y el tiempo relativo se hace lento.

Con dosis mayores de tres cigarrillos suelen ocurrir alucinaciones muy vívidas; pueden producirse sensaciones de pánico; temor exagerado a la muerte y delirios de persecución. Si la dosis es muy alta, el usuario puede sufrir una psicosis tóxica.

En general, la marihuana provoca incapacidad para tomar

decisiones que requieren razonamiento claro, facilita la sugestibilidad, entorpece los reflejos, los movimientos y la coordinación de ideas, por lo que resulta peligroso conducir vehículos bajo sus efectos.

El fumador de marihuana puede tener la boca seca y sentirse mareado, necesita beber agua con frecuencia. A medida que van pasando los efectos, el usuario suele sentirse muy hambriento, con una especial avidez por los alimentos dulces. El usuario crónico se ve somnoliento, suda abundantemente, está pálido y tiene los dedos manchados o decolorados; su ropa y su aliento tienen un olor especial, parecido al humo de la marihuana. Si además se le encuentran papeles de cigarrillo o pipas, podemos sospechar que el sujeto es un fumador de marihuana.

Como se dijo, la marihuana no produce dependencia física pero en cambio puede ocurrir una fuerte dependencia psíquica. No provoca tolerancia y los casos de sobredosis son muy raros. Sin embargo, aún las dosis pequeñas pueden provocar reacciones inesperadas con estados emocionales incontrolables. Las dosis elevadas pueden producir conducta impulsiva, ansiedad, alucinaciones, pánico e incluso desencadenar reacciones psicóticas o precipitar enfermedades mentales latentes. El uso continuado produce estados crónicos de apatía y desinterés, con disminución de la motivación, descuido del aspecto personal y deterioro de las relaciones personales y so-

ciales. Además, su abuso predispone el abuso de otras drogas más poderosas y peligrosas.

Nos ocuparemos ahora de los INHALANTES, que forman un grupo especial de depresores del sistema nervioso.

Los representantes más importantes de este grupo son los siguientes: pegamento, gasolina, líquido de encendedores, tiner, éter, óxido nitroso, líquido de tintorería (tricloroetileno), benceno, xileno, tolueno y acetona. Todas estas sustancias son o contienen compuestos volátiles, por ello se consumen como drogas de abuso, inhalándolas. El pegamento que se usa para unir partes de juguetes de plástico (Modelismo), llamado también "cemento", contiene sustancias químicas volátiles y se abusa de él, colocando un poco de cemento en un pañuelo, en una bolsa de plástico o de papel, en un poco de estopa o un trozo de tela; estos objetos se colocan entonces en la nariz y la boca, cubriéndolas, y el usuario inhala de ellas. Las otras sustancias de la lista, por lo común se inhalan directamente del recipiente.

Ninguna de estas sustancias tiene usos médicos, a excepción del éter, el cloroformo y el óxido nitroso, que se emplean como anestésicos.

Los INHALANTES se reconocen por el envase característico, como los del "cemento" y el líquido para encendedores, y por su penetrante olor.

Los inhalantes son consumidos especialmente por jóvenes y niños (entre los 6 y los 14 años de edad) de clase baja, ya que son fáciles de conseguir en tlapalerías y tienen un bajo costo en comparación con otras drogas. Su abuso es frecuente en las llamadas "colonias perdidas", donde muchos niños los consumen, en ocasiones, para calmar el hambre. También son usados por personas de clase media y alta, por curiosidad, para divertirse o como resultado de trastornos de la personalidad.

Los EFECTOS de la inhalación de estos depresores del sistema nervioso aparecen rápidamente y duran alrededor de media hora; en las fases iniciales producen sensación de hormigueo y mareo, seguido por visión borrosa, zumbido en los oídos y dificultad para articular palabras. Se presenta también un estado de embriaguez, parecido al de la intoxicación alcohólica, el usuario se ve aturdido y borracho. En una fase posterior, puede vomitar, sentir mucho sueño e incluso perder la conciencia. Cuando se recupera puede no recordar lo que ocurrió bajo los efectos del inhalante. Si la intoxicación es severa, hay temblores, respiración rápida y superficial, irregularidad en el latido cardíaco, convulsiones y coma; la inconciencia puede ir precedida de excitación violenta o de delirio. Cuando se presentan alucinaciones en sujetos susceptibles, se refieren frecuentemente a temas de fuego y calor. El éter produce sensación de bienestar y de alborozo.

Los inhalantes provocan marcada dependencia psíquica, poca dependencia física y gran tolerancia! Los efectos posteriores a una intoxicación son náuseas, depresión, insomnio y pérdida del apetito. El usuario se reconoce porque huele al inhalante usado, tiene los ojos llorosos, está eufórico o somnoliento, habla con dificultad y camina tambaleándose; si además se le encuentran tubos de cemento, envases de sustancias volátiles u objetos con manchas de cemento y otro inhalante, la sospecha se confirma.

El efecto dañoso sobre el juicio puede llevar al usuario a provocar accidentes peligrosos, pleitos, etc. Pero quizá lo más grave sea el daño permanente que muchos de los inhalantes producen en el cerebro, la médula osea, el hígado y los riñones. Se han reportado muertes súbitas a consecuencia de la inhalación de las sustancias contenidas en los aerosoles. Además de estos peligros, los inhalantes pueden explotar o incendiarse.

El consumo de inhalantes constituye, junto con el alcoholismo y el abuso de marihuana, uno de los principales problemas de farmacodependencia en México.

Por lo anteriormente expuesto, tomaremos un grupo de estos pacientes para confrontarlo con el grupo de pacientes Histéricas, pudiendo detectar, de esta manera, cómo perciben la realidad y cómo actúan ante ella.

EL TEST DE APERCEPCION TEMATICA DE MURRAY

a) Descripción del T.A.T.

El T.A.T. es una obra de Henry A. Murray, nacido en Nueva York en el año de 1895, quien se convirtió tras una carrera de médico y biólogo en el director de la Harvard Psychological Clinica, famoso "semillero" de la psicopatología americana. Como una muestra de su afición psicoanalítica tenemos el hecho de que fundara el Instituto de Psicoanálisis de Boston.

Murray concibió y empleó por primera vez su test en un trabajo de equipo realizado en la Universidad de Harvard. Su obra principal en la que describe los principios de su test data de 1938, pero revisó posteriormente el modo de interpretación y fue en 1943 cuando apareció la forma definitiva de su manual que aún sigue en vigor.

En 1965, un catálogo bibliográfico (V. Shentoub, Instituto de Psicología de París), consagrado a los trabajos publicados sobre el T.A.T., le consigna 1130 títulos, lo que muestra el interés suscitado por esta técnica proyectiva.

Abt y Bellak citan en su libro que el T.A.T. fue originalmente escrito por Morgan y Murray en 1935. Tomkins muestra que hubo intentos previos realizados por psicólogos y psiquiatras tendientes a obtener respuestas significativas de los examinados frente a cuadros. A esta etapa pertenecen investigadores como

Brittain, que publicó un intento similar en 1907, Libby, que en 1908 utilizó ese mismo procedimiento, al igual que Brittain, con niños y finalmente Shwartz, quien utilizó su test de "Situación Social" en 1932. Ninguno de estos precursores alcanzó la popularidad del T.A.T., que en la actualidad ocupa una situación similar a la del test de Rorschach.

LAS FUENTES DEL T.A.T.

Se ha observado que en la Literatura, los novelistas, en buena parte, se describen a sí mismos en sus obras, lo cual puede ser también aplicado a las obras de arte, ya que aparte de la belleza intrínseca, lo que en ellas se refleja es la personalidad misma de los autores.

En realidad, desde la época de Freud ya se había abierto el camino, y fue él quien lo hizo a través del análisis de la novela corta "La Gradiva" de Jensen, donde por primera vez Freud aplica sistemáticamente la idea de que existe una relación directa entre el drama del autor y el drama de su creación, descubriendo la idea de proyección en las obras literarias (1907).

Es conveniente añadir aquí a la proyección otro concepto psicoanalítico, que es la identificación (elemento decisivo del proceso adoptado en el T.A.T). Este concepto constituye la exacta réplica simétrica del mecanismo de proyección. Así, se podría decir que un autor se "proyecta" inevitablemente en su obra y el lec-

tor de la novela se "identifica" en diversos grados con tal o cual personaje.

La proyección y la identificación no deben concebirse como dos entidades separadas o heterogéneas, al contrario, intervienen siempre en forma unitaria a modo de tándem, porque decir que uno se proyecta sobre otro (sea ser humano u objeto) equivale a decir que, simultáneamente, se identifica con él.

De hecho, el T.A.T. opera fundamentalmente sobre la mancuerna proyección-identificación (como es el caso de Rorschach pero éste de modo menos manifiesto) (J. Houareau, 1975).

En la actualidad el test de Murray es una de las técnicas proyectivas más usuales en la Psicología Clínica, ya que en general, permite explicar de una manera más o menos sistemática las posibles áreas de conflicto o de importancia motivacional, así como la reacción perceptiva del sujeto ante la lámina, proporcionándonos una mayor información respecto a su visión del medio que le rodea.

Es un test de APERCEPCION en cuanto al empleo perceptivo-interpretativo que se da a las láminas. Es TEMATICA en cuanto a los temas que son elicitados.

El T.A.T. se basa en el principio de que varios sujetos ante una misma situación vital le van a vivenciar a su manera, según su personal y exclusiva perspectiva, llevando al individuo a una elaboración original, de toda experiencia de la realidad. Así pues, consti-

tuye un método eficaz de exploración de cómo está estructurada la personalidad del sujeto, una vez que expone una amplia variedad de situaciones sociales y llevarlo a comunicar las imágenes, sentimientos, ideas y recuerdos vividos en cada uno de esos enfrentamientos. Ello fue lo que mediante un sencillo artificio planeó realizar Murray con su test de cuadros o de apercepción de temas vitales. Su objetivo es presentar al sujeto una variedad de situaciones en imágenes, para que éste se identifique con los mismos con entera libertad y que sin percatarse nos comunique narrando una historia completa (pasado, presente y futuro) en su experiencia perceptual, mnémica, imaginativa y emocional. Las láminas se le exhiben en forma sucesiva eligiéndolas previamente de acuerdo al área que se desea explorar.

Por sus contornos imprecisos, su impresión difusa o su tema inexplicito son lo suficientemente ambiguos como para lograr la proyección de la realidad íntima del sujeto a través de sus interpretaciones (estructuraciones) perceptuales (descripciones) mnémicas e imaginativas (historias); y en una gran variedad de situaciones y relaciones que ayudan a averiguar cómo maneja el sujeto sus temores, deseos, dificultades, necesidades y presiones fundamentales en la dinámica subyacente de su personalidad.

La objeción más frecuente contra la índole proyectiva del T.A.T. -y su validez-, señala que los temas de la historia del sujeto suelen ser un relato de una experiencia reciente, podría ser de una

película, de una obra de teatro, de una obra radial o de una historieta y por lo tanto, su producción en variadas ocasiones se encuentra desprovista de valor proyectivo. Tal argumento, importa evidentemente, al reducir los procesos de la proyección al campo de la percepción y de la fantasía, con exclusión injustificada de la memoria, se olvida que ésta es una función pasiva, fiel e imparcial evocadora de los hechos y experiencias, por cercanos que ellos sean.

También la mera reproducción mnémica de una experiencia sufre un proceso interior activo, selectivo y tendencioso que la altera y distorsiona, y por tanto, bien interpretada denuncia en cierta medida esa estructura, ese mismo principio director que opera en la organización de las imágenes perceptuales y de la fantasía.

Rappaport describe los relatos del T.A.T. precisamente como producciones esencialmente mnémicas en torno a un tema dado: "las características, actitudes y esfuerzos de los personajes de las historias del T.A.T. -dice- son todos productos mnémicos; como tales están sujetos a las leyes de organización de la memoria, que ordenan cada experiencia en patrones, de acuerdo con las constelaciones emocionales de la vida del sujeto.

Los personajes descritos, las actitudes atribuidas, las acciones referidas, proceden de la memoria, es decir, de la experiencia pasada; representan, por consiguiente, personajes reales o inventados y las actitudes, sentimientos y acciones de aquellos que han

gravado durante largo tiempo en la vida del sujeto".

Ese material podría obtenerse también por la invención libre de relatos, sin embargo, Rappaport afirma que el empleo de figuras como estímulos facilita la producción del sujeto, lo enfrenta insoslayablemente con determinadas situaciones típicas y extraordinarias que interesan a la exploración, permitiendo estandarizar la interpretación. Por ello y porque delinea con claridad la tarea del sujeto, establece inequívocamente su comienzo y final, obliga al examinado a persistir en un mismo nivel de conducta (comunicación verbal), susceptible de registrarse por completo, dando lugar a las comparaciones interpersonales, Rappaport considera que la técnica de Murray satisface las condiciones requeridas para constituirse en test.

El material del Test consta de treinta y una láminas del mismo formato (unos 23 por 27 cm), que representan en su mayoría escenas del contenido humano. Treinta tienen figuras y una es blanca.

No se presentan a la persona examinada la totalidad de las láminas, de hecho, este material sufre una doble diferenciación, según la edad y sexo del sujeto, pudiéndose formar cuatro juegos de veinte láminas cada uno. (Niños, niñas, hombres, mujeres). Al dorso de cada lámina, se halla escrito un número que puede llevar o no algunas letras: las láminas marcadas con las letras VN se apli-

can a niños y niñas, las marcadas VH a niños y hombres, las que llevan NM a niñas y mujeres. Las láminas que sólo van numeradas pero sin letras se pueden aplicar a sujetos de cualquier sexo y edad.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Los investigadores del T.A.T. han tratado de responder a las dos cuestiones principales que deciden el valor de un test:

- a) El problema de la validez. La medida en que el test suministra informes ciertos acerca de los sujetos.
- b) El problema de la confiabilidad. Precisar la medida en que puede coincidir la interpretación de dos o más técnicos sobre una misma prueba; y los materiales de dos pruebas de fechas diferentes en un mismo sujeto.

Citaremos cada uno de los dos aspectos por separado.

VALIDEZ

En este sentido el problema es arduo, dado que el objetivo del T.A.T. es revelar contenidos emocionales que subyacen tras la conducta manifiesta. Tomkins señala las siguientes formas posibles de validación.

1. La verificación de sus datos con otros materiales (historia pasada, sueños) del mismo sujeto, a fin de establecer el grado en que éstos se reflejan fielmente a las historias del T.A.T.

2. La verificación de sus datos con los obtenidos mediante otras técnicas ya válidas (Rorschach por ejemplo)
3. Verificación del grado en que el T.A.T. muestra con fidelidad características bien conocidas de un grupo de individuos. Esto se puede lograr de dos maneras: a) Cuando el investigador interpreta la prueba sin conocer las características de los sujetos para luego comparar sus resultados con los datos previamente establecidos y b) Contrastando las interpretaciones con el conocimiento ulterior de las características de los examinados.
4. Verificación del éxito del T.A.T. en la exploración y el pronóstico.
5. Verificación de su interrelación con otros datos y técnicas.

A continuación se profundizará en cada uno de los aspectos citados.

1. Contrastación entre el T.A.T. y otros materiales.

Autobiografía e historia. Murray comprobó que el material suministrado por el sujeto en sus historias procede de cuatro grandes fuentes: libros y películas, sucesos reales de la vida de sus amigos o familiares, experiencias de la propia vida del sujeto, y las fantasías conscientes o inconscientes del sujeto.

Markmann estudió la relación entre tres láminas del T.A.T. (1. 6VH y 7VH) y la historia pasada o autobiografía y entrevistas de 40 sujetos. Encontró que en algunas producciones la historia de la vida del sujeto se reflejaba con mayor fidelidad que en otras, así, quienes en la lámina 1 manifestaban agresión hacia sus padres o el violín, habían sido en realidad, agresivos en su infancia y eran menos válidas (en uno de cada tres sujetos) las historias que en esa misma lámina representaban un benefactor del niño.

Sueños. Sarason llevó a cabo un experimento con 34 sujetos, halló que tanto los sueños (expresión por excelencia de los deseos y ansiedades más o menos reprimidos en la conducta manifiesta) y las historias del T.A.T., brindaban materiales similares, que si bien no todos los temas principales de las historias coincidían en los sueños, en ningún caso sus datos discordaban totalmente. El autor considera que la congruencia hallada muestra la validez del T.A.T.

2. Comparación del T.A.T. con otras técnicas.

Con otras técnicas proyectivas. Harrison halló una coincidencia sustancial entre los informes del T.A.T. y los de Rorschach. A esta misma conclusión llegaron los siguientes: Henry (en su investigación de los nativos de Navaho) y Tomkins.

Con el Psicoanálisis. Los análisis profundos del test se han validado por comparación con observaciones psicoanalíticas (Masseman y Balken).

3. Comparación de los resultados con grupos de diferencias conocidas.

Apoyado en las necesidades básicas denunciadas en los relatos del T.A.T. por un grupo de aspirantes a oficiales del ejército, Murray y Stein evaluaron sus cualidades de mando cuya exactitud se contrastó con apreciaciones formuladas por los oficiales superiores.

4. y 5. Exito de exploración e interrelación con otros datos.

Los diagnósticos de la personalidad basados en la prueba han sido validados por cotejo con estudios de casos (Murray, White, Morgan y Murray Harrison, Rother). Tomkins tras una exploración intensiva de setenta y cinco horas de entrevista, test y técnicas experimentales, comprobó la veracidad de los informes suministrados por el T.A.T.

CONFIABILIDAD

1. Confiabilidad de intérprete. La coincidencia entre los intérpretes depende del tipo de material que se analiza, del entrenamiento y capacidad del intérprete y el marco de referencia conceptual que cada uno de ellos utilice para el análisis y la interpretación. Los coeficientes de confiabilidad hallados en diversas investigaciones varían entre +0.30 y +0.96.

Tomkins señala que cuando la investigación se cumple entre investigadores que operan con iguales fundamentos y sistemas de

cómputo la correlación negativa desaparece y que la positiva aumenta con la práctica en gran medida. En la Clínica Psicológica de Harvard la confiabilidad de las interpretaciones realizadas por algunos investigadores asciende a +0.95.

2. Confiabilidad de la repetición. Si el individuo está en rápido cambio o si la prueba se repite tras un largo período, cabe esperar discrepancia, que el grado de confiabilidad dependerá del grado de estabilidad de la personalidad y de la extensión del lapso entre una y otra toma.

Según el intervalo de tiempo. Se ha comprobado que a mayor intervalo entre las sucesivas administraciones, menor la confiabilidad de la repetición del T.A.T. Tomkins afirma que ello expresa una tendencia colectiva general, pero en lo que hace al individuo, si la personalidad es en extremo estable, el intervalo entre las sucesivas administraciones puede provocar poca o ninguna variación.

Según el sujeto. La confiabilidad del retest depende, en parte, de la estabilidad de la personalidad sometida al test. A la infancia y a la adolescencia corresponde la más baja confiabilidad de repetición. Los cambios de las situaciones de la prueba pueden reducir la confiabilidad (Sanford).

Hiltmann afirmó que "en conjunto se ha llegado a la conclusión de que el T.A.T. pertenece a los pocos métodos verdadera-

mente útiles y fructíferos de Psicología Clínica y de Diagnóstico de la Personalidad"

ADMINISTRACION DEL T.A.T.

Como en toda situación de prueba, es necesario hacer que el examinado se sienta cómodo y establecer rapport adecuado, para cualquiera de las cuatro formas de administrarse:

1. Individual. La administra el examinador, es la forma más apropiada.
2. Autoadministración. De la prueba por el sujeto, es una forma económica pero menos confiable.
3. Colectiva. Autoadministración de un grupo más o menos grande de sujetos que observan conjuntamente las láminas ampliadas sobre una pantalla, también es una forma económica pero de menor confiabilidad.
4. Grupal. Las historias son inventadas en colaboración y en una misma sesión por un grupo pequeño como unidad. Esta es una modalidad reciente en ensayo.

Como se había mencionado anteriormente, la aplicación original consiste en la administración de 20 láminas, la cual no debe llevar más de 90 a 120 minutos (Rappaport).

Hay otra modalidad de abreviación de la prueba, bastante difundida y aconsejada por Bellak y que consiste en reducir la administración a 10 láminas (en las que se espera obtener material deci-

sivo). Symonds aconseja, en general, esta administración en el lapso de una hora, aproximadamente.

En cuanto al número de sesiones, hay dos criterios, uno extenso (dos o más sesiones con intervalos mínimos de un día) y el económico (en una sola sesión).

En lo que se refiere a la acomodación, la forma más usual es aquella en la que el sujeto se instala en una silla frente al examinador.

CONSIGNA

Las instrucciones formuladas por Murray coinciden en pedir al examinado, después de haber logrado establecer un buen rapport, la invención de una historia dramática que comprenda el pasado (los sucesos determinantes de la escena figurada en la lámina); el presente (las acciones, pensamientos y sentimientos de los personajes; y el futuro (desenlace). Sin embargo, es necesario aclarar que se han introducido ciertas variaciones y adaptaciones en la consigna original, las cuales van de acuerdo a las características de los examinados (por ejemplo, según la edad, nivel de instrucción).

REGISTRO DE DATOS

Stein analiza cada uno de los procedimientos:

a) Manuscrito (lápiz y papel). Es el procedimiento corriente, se registra la historia tal como la relata el sujeto. Cuando el examinado es veloz, conviene recurrir a un sistema de escritura

abreviada. Este procedimiento ofrece las ventajas de su adecuación a todo tipo de examinado y de poder permitir observar su conducta durante la prueba.

b) Taquigrafía. Después de dar las instrucciones, el psicólogo presenta a la taquígrafa y le explica que ella escribirá sus historias. La presencia de ella puede inhibir al sujeto o incitarlo a un exhibicionismo verbal. Esta dificultad se puede resolver instalando a la ayudante detrás de un biombo o donde el sujeto no pueda verla.

C. Grabadora. Este procedimiento ahorra trabajo pero también puede inhibir al examinado; es caro y la transcripción insume mucho tiempo.

REGISTRO DEL TIEMPO

Se aconseja registrar el tiempo que el sujeto demora en comenzar su narración después de la presentación de cada lámina, así como el tiempo total, desde la presentación, hasta la terminación de la historia.

REGISTRO DE LA CONDUCTA

Las manifestaciones conductuales (tics, torpezas, risa, deseos de fumar, etc.) del sujeto durante la administración del test se registran entre paréntesis.

b) INTERPRETACION Y CODIFICACION

I. La interpretación de Murray

Para Murray, el postulado de partida es este: las historias inventadas por el sujeto a partir de las láminas, reflejan de una manera apenas disfrazada la conducta efectiva del sujeto en la vida real, en particular, el personaje principal de las historias (el que desempeña el papel esencial), sería la transposición directa del individuo examinado.

Para el autor de esta técnica, el héroe de la historia es el sujeto que realiza el test, según esta concepción de Murray, el sujeto se identifica con ese personaje principal. Se proyecta no en la Historia general, sino más bien en ese personaje al que tradicionalmente se le denomina "héroe". Los demás personajes representan la influencia real del medio social y familiar en que vive el sujeto. Con la mirada puesta en el héroe es como hay que examinar a los demás individuos que intervienen, a veces en oposición a él; tratándose de considerar sucesivamente cada elemento de la historia, distinguiendo las "fuerzas" procedentes del héroe y las "presiones" que emanan en su entorno.

El relato del sujeto revela niveles más o menos profundos de su personalidad, de un modo más concreto, Murray pretendía que el análisis debía permitir la distinción de tres niveles de personalidad, a saber: las tendencias reprimidas (el incons-

ciente), el pensamiento interior (preconsciente susceptible de convertirse a consciente) y el comportamiento manifestado exteriormente, las ideas y opiniones (el consciente).

Estos niveles ya habían sido distinguidos por Freud, en el aparato psíquico, lo que confirma la inspiración fundamentalmente analítica del T.A.T.

A continuación se presenta el procolo creado por Murray:

	Hist. I	ANÁLISIS
1. Tema principal:		Dinámica
<p>HÉROE</p> <p>2. Héroe principal: edad sexo vocación</p> <p>Imagen del cuerpo y de sí mismo:</p> <p>Intereses:</p> <p>Rasgos y tendencias:</p> <p>Habilidades e ineptitudes:</p> <p>Adaptación:</p> <p>Actitud frente a los demás:</p>		Imagen de sí mismo
3. Necesidades de gratificación y frustraciones:		Dinámica - Motivación - Conflictos - Defensas
<p>4. Estados interiores:</p> <p>Sentimientos y emociones:</p> <p>Conflictos significativos:</p> <p>Sentimientos de culpa:</p> <p>Ansiedades:</p> <p>Defensas movilizadas:</p> <p>Severidad del superyó:</p>		
<p>5. Catexias:</p> <p>Positivas:</p> <p>Negativas:</p>		
6. Secuencias de nivel conductual:		
<p>AMBIENTE</p> <p>7. Personajes (Figuras paternas, filiales, fraternas, femeninas, etcétera):</p> <p>Relaciones interpersonales:</p> <p>8. Estímulos ambientales:</p> <p>Escenario general:</p> <p>Estímulos específicos:</p> <p>Barreras:</p> <p>9. Desenlace:</p> <p>10. Símbolos:</p>		Imagen del mundo — Relaciones humanas
<p>ANÁLISIS FORMAL</p> <p>11. Ajuste a la consigna:</p> <p>12. Ajuste a la lámina:</p> <p>Adiciones:</p> <p>Omisiones:</p> <p>Distorsiones (texto y contexto):</p>		Ajuste a la realidad - Proyecciones, negaciones
13. Actitud frente a la lámina:		Actitud frente al examinador y frente a sí mismo
14. Actitud frente al héroe y la historia:		
15. Manifestaciones conductuales:		
16. Argumento:		ANÁLISIS ESTILÍSTICO
17. Lenguaje:		
OBSERVACIONES:		

A manera de ejemplo y en forma breve se citarán otras formas de interpretación del test:

2. Hay algunos autores que subrayan la importancia del aspecto formal (aspecto que Murray descuidó). Esto se basa en que un análisis formal bien llevado tendrá en cuenta la exactitud de la percepción de la imagen, la coherencia de los relatos, su riqueza en detalles o al contrario, la frecuencia de ciertos estereotipos. Se fija también en la sintaxis y el estilo empleados. El hecho de que un sujeto utilice las palabras de modo fácil, prolijo o convencional, pobre, etc., dice mucho sobre el grado de desarrollo de su personalidad.

3. La interpretación de Piotrowski. Para este autor, resulta falso decir que el narrador ocasional del T.A.T. se identifica solamente con el personaje reconocido como "héroe" de la lámina, de hecho, se identifica con todos los personajes puestos en escena y en diversos grados.

De esta manera, el héroe representa sin duda alguna, las tendencias aceptadas por la consciencia del sujeto, de modo como se percibe a sí mismo, lo que desearía ser. Los demás personajes a su vez, revelarían las tendencias propiamente inconscientes del individuo.

Este autor analiza de este modo las historias del T.A.T. inspirándose en las teorías psicoanalíticas de la interpretación de

los sueños.

4. Rappaport y Schafer. Se esforzaron en situar eventualmente a un sujeto dentro de los grupos de estructuras mentales elaborados por la Psiquiatría y el Psicoanálisis (ej. un depresivo destacará por su lentitud, su tendencia a las descripciones, sus ideas de desdicha y pecado, sus desenlaces sombríos).

5. El método de interpretación de Bellak. El autor afirma que desde el punto de vista psicológico, la mejor manera de ver las láminas del T.A.T., es como una serie de situaciones sociales y relaciones interpersonales. En lugar de responder frente a las personas reales, en situaciones reales, el examinado responde a las personas en las láminas que él imagina, como determinadas situaciones sociales. Puesto que está menos limitado que ante las convenciones o la realidad. Es probable que sus respuestas revelen sus sentimientos interiores. En esta forma se llega a los patrones contemporáneos de su conducta social y se puede deducir las génesis de esos patrones, tomando en cuenta que la interpretación es un proceso por el cual se llega a un denominador común en los patrones de conducta genéticos y contemporáneos de una persona.

A continuación mostramos un protocolo de análisis del T.A.T. de L. Bellak:

PROTOCOLO DE ANÁLISIS DEL TAT

(MODELO L. BELLAK)

Nombre Relato N° (Lámina del TAT N°)

1. Tema principal:
2. Héroe principal: edad sexo profesión
 intereses
 rasgos
 habilidades
 adaptación (✓, ✓✓, ✓✓✓)
3. Actitudes frente a los superiores (padres) o la sociedad: (✓, ✓✓, ✓✓✓)
 autónomo obediente respetuoso devoto
 agradecido dependiente con remordimientos competitivo
 resistente agresivo humillado temeroso
4. Figuras introducidas: (✓)
 castigador perseguidor benefactor maestro
 amigo reformador amante profesor
 enemigo
5. Objetos introducidos (¿símbolos?):
6. Objetos omitidos:
7. Atribución de culpa: (✓, ✓✓, ✓✓✓)
 injusticia indiferencia engaño
 severidad privación mala influencia
8. Conflictos significativos: (✓, ✓✓, ✓✓✓)
 Superyó ello pasividad-contraataque
 sometimiento autonomía logro-placer
9. Castigo — por el crimen: (✓, ✓✓, ✓✓✓)
 justo demasiado severo leve
 inmediato diferido ninguno
10. Actitud frente al héroe: (✓, ✓✓, ✓✓✓)
 desapegada y objetiva
 crítica y ofensiva
 comprometida y enfática
11. Signos de inhibición frente a la agresión, el sexo, etc.:
 pausas cambio de tendencia tartamudeo
12. Desenlace: (✓, ✓✓, ✓✓✓)
 feliz desdichado realista no realista
13. Patrón de gratificación de necesidades: (✓)
 necesidad-conflicto
 necesidad-fusión
 necesidad-subordinación
14. Argumento: (✓, ✓✓, ✓✓✓)
 estructurado no estructurado
 realista bizarro
 completo incompleto

FIG. 4. — Protocolo de Análisis del TAT, de Bellak.

F. FORMULACION DE HIPOTESIS

- H_1 a) Las pacientes con diagnóstico clínico de Histeria, confrontan de manera pasiva las situaciones de stress.
- H_1 b) Los pacientes Farmacodependientes confrontan de manera activa situaciones stressantes.
- H_0 No existe diferencia significativa de la confrontación del stress en pacientes con diagnóstico de Histeria y en pacientes con diagnóstico de Farmacodependencia.

CAPITULO II: METODOLOGIA

- A. Diseño experimental
- B. Descripción de la muestra
- C. Material
- D. Procedimiento
- E. Procesamiento de datos
- F. Diseño estadístico

A. DISEÑO EXPERIMENTAL

El diseño empleado en este estudio es correlacional de 4 grupos, se eligió de esta manera con la finalidad de especificar la relación entre nuestras variables independientes y las respuestas de los sujetos (V.D.), ante las situaciones de stress que se pueden plantear ante las láminas del T.A.T.

Otro de los objetivos de emplear un Diseño Experimental de 4 grupos fue determinar con exactitud si las variables sexo y patología intervienen o no en los resultados obtenidos.

B. DESCRIPCION DE LA MUESTRA

La muestra total de sujetos se formó de cuatro grupos con treinta individuos cada uno, y se describen a continuación:

GRUPO HISTERIA. Pacientes femeninos con diagnóstico clínico de Histeria (excluyendo los casos de Histeria Conversiva).

GRUPO CONTROL HISTERIA. Sujetos femeninos "normales".

GRUPO FARMACODEPENDENCIA. Pacientes masculinos con diagnóstico clínico de Farmacodependencia.

GRUPO CONTROL FARMACODEPENDENCIA. Sujetos masculinos "normales".

Las características de la muestra seleccionada fueron las siguientes:

- a) Ciento veinte sujetos adolescentes, cuyas edades fluctúan entre los 14 y 17 años de edad.
- b) Su escolaridad está comprendida entre el 1o. y 3o. de secundaria.
- c) El nivel socio-económico al que pertenecen se encuentra ubicado en el nivel medio-bajo.
- d) Se tomó en cuenta el Coeficiente Intelectual para evitar incluir a sujetos con muy altas o bajas puntuaciones (puesto que al hacerlo contaminaría la muestra).

De esta manera se logró trabajar con una muestra homogénea en relación con las variables descritas anteriormente (V.I.)

En cuanto al Diagnóstico, se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones por grupo:

- a) Grupo Histeria. Formado por paciente de sexo femenino, con diagnóstico clínico de Histeria, determinado por el médico tratante de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Infantil, el cual se corroboró tanto con la entrevista psicológica como con los resultados obtenidos en el M.M.P.I.

Se evitó incluir en este grupo casos de Histeria Conversiva, por tratarse de una patología más severa, que interferiría en los resultados de nuestro estudio y por carecer, además, de instrumentos de estudio para descartar una patología neurológica.

- b) Grupo Farmacodependencia. En este grupo se incluyeron pacientes Farmacodependientes, cuyo diagnóstico médico y la entrevista psicológica sirvieron como punto de partida para su selección.

Estos sujetos hacen uso de varios fármacos de abuso (Farmacodependencia Múltiple), siendo los más comunes la marihuana y los inhalantes. Sin embargo, su consumo no data de más de 6 meses, ya que esto daría lugar a incluir en la muestra pacientes cuyas funciones mentales estarían deterioradas en un grado importante.

(Lara Tapia y Cols)

Es necesario aclarar que en los dos grupos de pacientes, la conducta muestra patología evidente, al grado que ésta logró la preocupación de sus familiares, por lo que se requirió su tratamiento en un Hospital Psiquiátrico.

c) Grupo Control Histeria y Grupo Control Farmacoddependencia. Estos se formaron con alumnos de Escuela Secundaria Oficial en el D.F., cuyo diagnóstico de "normalidad" fue obtenido por juicio, basándose éste tanto en la entrevista como en el cãrdex escolar; tomando también en cuenta lo siguiente:

- * No tener antecedentes psicopatológicos importantes conductualmente, tanto en el medio escolar como familiar y/o laboral.
- * No tener antecedentes de tratamiento psiquiátrico o psicológico previo, excluyendo orientación.
- * No tener antecedentes de tratamiento o uso de psicofármacos (Brenda Maher).

C. MATERIAL

Como se mencionó anteriormente, se empleó el Test de Apercepción Temática de Murray como material proyectivo, aplicado a todos los sujetos, así como la Escala de Inteligencia para adultos y niños de Wechsler (WAIS o WISC, según el caso). Con sus dos escalas: verbal y de ejecución, para obtener el Coeficiente Intelectual Global.

Solamente en el Grupo Histeria se utilizó el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI, con la finalidad de corroborar el diagnóstico médico.

LA ELECCION DE LA PRUEBA Y EL TIPO DE PROTOCOLO

La experiencia ha mostrado que el Test de Apercepción Temática de Murray es un medio de diagnóstico especialmente fecundo y preciso, permite descubrir los trastornos que sufre el individuo a veces mucho mejor que la entrevista psicológica habitual. Además, como ya se ha explicado con anterioridad, cumple con los requisitos de validez y confiabilidad requeridos para considerársele una técnica proyectiva de la personalidad altamente efectiva, además el mismo tipo de Test, permite una gran amplitud de análisis temático y por lo tanto, de exploración de las funciones del pensamiento.

Desde el punto de vista clínico experimental, estas ventajas del T.A.T. han sido parovechadas por diversos investigadores para explorar aspectos psicopatológicos.

Por su característica primordial de facilitar la libre proyección, consideramos que era el Test idóneo para explorar los aspectos de nuestro interés en este trabajo.

El tipo de protocolo elaborado para valorar las historias facilita la objetividad de la apreciación de ellas, lo que origina un criterio uniforme. Además de que explora específicamente los aspectos de que se ocupa esta tesis.

Las láminas empleadas fueron 10 en cada caso y a continuación se describen:

Para los sujetos femeninos:

- 1 (+) Un muchacho contemplando un violín que se encuentra frente a él sobre una mesa.
- 3NM Una mujer joven, de pie, con la cabeza inclinada, cubriéndose el rostro con la mano derecha, tiende el brazo izquierdo contra una puerta de madera.
- 4 (+) Una mujer sujetando por los hombros a un hombre cuyo rostro y cuerpo están vueltos, como si tratase de alejarse de ella.
- 6NM Una mujer joven sentada en un sofá con la cabeza semivuelta mirando hacia un hombre mayor, que fuma en pipa y parece dirigirse a ella.
- 7NM Una mujer sentada en un sofá junto a una niña a la que está hablando o leyendo algo. La niña, que

tiene una muñeca en los brazos, está mirando a lo lejos.

9NM Una mujer joven con un bolso y una revista debajo del brazo, mira desde atrás de un árbol a otra mujer también joven que corre por la playa vestida de fiesta.

11 Un camino bordeando un profundo precipicio entre enormes acantilados. A cierta distancia, en el camino hay unas figuras confusas. A un lado, asomándose por la pared rocosa, la cabeza y el cuello de un gran dragón.

12VN No hay figuras humanas en ellas. Solo un bote plano amarrado a la orilla de un arroyo que discurre por un bosque.

15 (+) Un hombre descansando cruzado de manos, permanece de pie rodeado de lápidas.

16 Lámina en blanco

Para los sujetos masculinos:

1 (+) Un muchacho contemplando un violín se encuentra frente a él sobre una mesa.

3VH(+) Un joven sentado en el suelo y recostado contra una cama, apoyando la cabeza sobre su brazo derecho. Junto a él, en el suelo, hay un revólver.

- 6VH (+) Una mujer anciana y menuda está en pie, de espalda a un muchacho joven. Este, con los ojos bajos presenta una expresión de perplejidad.
- 7VH (+) Un hombre canoso mira a un joven con la mirada perdida en el vacío.
- 8VH (+) Un adolescente mira hacia adelante. A su lado se ve el cañón de un rifle y en el fondo una escena que representa una operación quirúrgica con trazos vagos, como si se tratase de una imagen de ensueño.
- 9VH Cuatro hombres con un traje de faena tumbados en la hierba, descansando.
- 10 Cabeza de mujer joven, reclinada sobre el hombro de un hombre.
- 12VN No hay figuras humanas en ellas, solo un bote plano amarrado a la orilla de un arroyo que discurre por un bosque.
- 13HM(+) Un hombre joven, en pie, tapándose el rostro con el brazo. Detrás, la figura de una mujer acostada.
- 17VH Un hombre desnudo colgando de una cuerda. Puede estar trepando o descendiendo.

Se eligieron precisamente estas láminas porque como ya es

sabido exploran aspectos de la vida diaria que pueden desencadenar situaciones de stress, como son las relaciones entre padres e hijos, relaciones hombre-mujer y aspectos tales como: motivación, rivalidad, frustración, agresión, soledad, duelo y temores, entre otros.

Por otra parte, entre las láminas elegidas, aparecen ocho de las once que Murray propone como de mayor eficacia productiva; marcadas con (+).

D. PROCEDIMIENTO

A continuación se detallará la manera en que llevamos a cabo la obtención de los datos:

1. Después de la pre-selección de los cuatro grupos de sujetos, se procedió al siguiente paso.
2. ENTREVISTA. Se llevó a cabo de manera individual existiendo únicamente un experimentador y un sujeto de estudio en cada sesión.

Los lugares destinados al estudio de los sujetos fueron cubículos del Departamento de Psicología de cada Institución (Hospital Psiquiátrico Infantil y Escuela Secundaria Oficial, según el caso).

La entrevista se realizó como sigue:

- a) Establecimiento de rapport.
- b) Obtención de datos para el llenado de la ficha de identificación.
- c) Exploración de las diversas áreas en la vida del sujeto (familiar, social, afectiva, laboral, etc.).

Estos datos fueron confirmados posteriormente con una entrevista que se realizó por separado con los padres o tutores.

3. APLICACION DE LOS TESTS PSICOLOGICOS. Los sujetos colaboraron de manera voluntaria en la realización del estudio.

Las pruebas de inteligencia y el Inventario Multifásico de la Personalidad fueron evaluados de manera habitual, tal y como lo proponen sus autores.

Se realizó una prueba por sesión, por lo tanto el grupo Farmacodependencia y los dos grupos control requirieron de dos sesiones, mientras que el grupo Histeria necesitó de tres sesiones para completar su estudio.

En la aplicación del T.A.T, la consigna empleada en todos los casos se describe a continuación:

"Esta es una prueba para la imaginación creadora, deseo saber cuánta imaginación tienes. Aquí hay varias láminas que te iré mostrando una a una. Deseo que relates una historia de cada una de ellas. Imagínate que eres un escritor y relata lo que pueda ilustrarse con la lámina que ves. Trata de imaginar qué pasó antes de la escena, qué piensan los personajes de la lámina, cómo se sienten, qué dicen y qué va a pasar después. Soy la única persona de aquí que leerá tus cuentos, así es que puedes decir sin temor todo lo que se te ocurra, yo escribiré a medida que me relates. Puedes empezar".

La administración del T.A.T. se hizo en forma individual, en una sola sesión y las historias proporcionadas por los sujetos fueron escritas por el examinador en hojas de papel blanco. Siendo éste el método más confiable.

No se tomaron en cuenta los tiempos de reacción ni el em-

pleado para concluir la historia, por ser datos irrelevantes para nuestro estudio.

De esta manera se completó la aplicación de pruebas psicológicas.

E. PROCESAMIENTO DE DATOS

La codificación de los datos obtenidos, se realizó en protocolos que contienen la siguiente información:

FICHA DE IDENTIFICACION:

- a) Número del caso
- b) Edad
- c) Sexo
- d) Escolaridad
- e) Diagnóstico
- f) Coeficiente intelectual

PROTOCOLO PARA CONFRONTACION ACTIVO-PASIVA

La codificación empleada para nuestro estudio se basó en el modelo empleado por el Dr. Díaz Guerrero y se presenta a continuación:

	ACTIVO	PASIVO
CONFRONTACION	C.A.	C.P.
DEFENSA	D.A.	D.P.

De acuerdo a las historias que proporcionaron los sujetos se tomaron en cuenta todas las interacciones existentes entre los personajes que el sujeto manejó y no solamente aquellas con las que éste se identificó, lo cual podría dar lugar a apreciaciones subjetivas, como lo menciona Piotrowski "resulta falso decir que el narrador ocasional del T.A.T. se identifica solamente con el personaje reconocido como el héroe de la historia. De hecho, se identifica con todos los personajes puestos en escena y en diversos grados, revelando las tendencias propiamente inconscientes del individuo".

A continuación describimos los aspectos que se utilizaron para la realización de esta tarea:

1. CONFRONTACION. Conducta del sujeto ante una situación stressante, que implica estrategias usadas para tratar con una amenaza, con lo cual puede o no resolver el problema, y sería de dos maneras:

a) CONFRONTACION ACTIVA (C.A.) Se consideraron dentro de esta categoría a los enfrenamientos de las situaciones en forma

directa, abierta (Ej. discusión, agresión directa y franca, aclaración, actuación, iniciativa, toma de decisiones, etc). (Modifican el ambiente).

b) CONFRONTACION PASIVA (C.P.) Falta de enfrentamiento directo de las situaciones. Ej. conductas espectantes, contemplativas, falta de iniciativa, conformismo, llanto, la espera de que un tercero soluciones la situación. (Se modifican a sí mismos).

2. DEFENSA. Manejo de la situación, tenso. No se enfrenta al problema sino que se crea otra situación para explicar sus problemas.

a) DEFENSA ACTIVA. Se presenta cuando existe una situación de agresión, el sujeto huye, implica a otros sujetos, proyecta sus problemas.

b) DEFENSA PASIVA. También se presenta ante situaciones de agresión y se dan conductas de aislamiento, evitación y represión.

3. AGRESION

a) AGRESION ACTIVA DEL SUJETO (A.A. DEL S.) Se anota cuando la confrontación o la defensa del sujeto implican una agresión manifiesta (Ej. golpear, reclamar, insultar, etc.).

b) AGRESION ACTIVA AL SUJETO (A.A. al S.) Cuando el sujeto es objeto de una agresión abierta (Ej. es golpeado, robado, insultado, calumniado, etc.).

c) AGRESION PASIVA DEL SUJETO (A.P. del S.) Se anota cuan

do la confrontación o la defensa del sujeto implican una agresión encubierta (Ej. indiferencia, retiro de privilegios, etc.).

d) AGRESION PASIVA AL SUJETO (A.P. al S.) Cuando éste es objeto de la agresión de otros en forma encubierta (Ej. el que sea ignorado, reprimido pasivamente, el que se le eviten privilegios, etc.).

Para lograr consistencia en nuestra apreciación de las historias se inició la codificación en forma grupal hasta lograr la unificación de criterios.

Posteriormente, se llevaron a cabo codificaciones de manera individual para después ser comparadas con las codificaciones de los otros dos jueces. Una vez lograda una alta confiabilidad intrajueces se procedió a terminar la codificación de las historias separadamente.

CUADRO DE CODIFICACION

Compuesto por ocho columnas en las que se registran los siguientes aspectos:

C.A. Confrontación Activa

C.P. Confrontación Pasiva

D.A. Defensa Activa

D.P. Defensa Pasiva

Las cuatro columnas restantes se emplearon para registrar la agresión, tanto del sujeto al medio como del medio al sujeto, específicamente son:

A.A. del S. Agresión Activa del Sujeto

A.A. al S. Agresión Activa al Sujeto

A.P. del S. Agresión Pasiva del Sujeto

A.P. al S. Agresión Pasiva al Sujeto

Cada una de estas columnas se subdividen a su vez en dos partes, la primera destinada a anotar las frecuencias con que se presentan cada una de las conductas descritas anteriormente en los personajes de las historias y la segunda para colocar el número resultante.

PROTOCOLO PARA CODIFICACION DE DATOS
 EN CUANTO A CONFRONTACION-DEFENSA, ACTIVIDAD-PASIVIDAD
 Y AGRESION ANTE LAMINAS DEL T.A.T.

Caso No. _____ Edad _____ Sexo _____ Esc. _____

Diagnóstico _____ C.I. _____

Lám. No.	C. A.		C. P.		D. A.		D. P.		A.A. del S.		A.A. al S.		A.P. del S.		A.P. al S.	

En la codificación del Test de Apercepción Temática se utilizó el protocolo expuesto anteriormente, así, se codificaron los ocho aspectos de que nos ocupamos, para después obtener el total de frecuencias por columnas, datos que fueron vaciados en el cuadro correspondiente del grupo al que fue asignado cada sujeto.

Con los resultados concentrados en los cuatro cuadros, se procedió a realizar el tratamiento estadístico.

F. DISEÑO ESTADISTICO

Debido a que en la codificación del Test se emplearon medidas de razón constante, usamos: como medida de Tendencia Central la Media (\bar{X}), como medida de dispersión: la desviación standar (s) y como calificación de variables de tipo paramétrico la "t" de student; tomándose un nivel de significancia mínimo del 5% ($P = 0.05$).

CAPITULO III : Resultados Obtenidos

A. Descripción de los datos

B. Tablas y gráficas

A. DESCRIPCION DE LOS DATOS

La muestra elegida por juicio, presentó, en cuanto a variables, los datos siguientes:

Edad. Todos los sujetos de la muestra tenían edades cuyo rango se encuentra entre los 14 y los 17 años, con características ligeramente diferentes en cada grupo, según se muestra:

- a) Grupo Histeria. La media fue de 15.26 años con una desviación de 1.3 años de edad (norma de 13.96 a 16.56 años).
- b) Grupo Control de Histeria. Con media de 15.46 años y desviación de 1.1 años de edad (norma de 14.36 a 16.56 años).
- c) Grupo Farmacodependencia. Media de 15 años y desviación de 1 año (norma de 14 a 16 años).
- d) Grupo Control Farmacodependencia con media de 15.13 años y desviación de 1.4 años de edad (norma de 14.09 a 16.17 años).

Escolaridad. El rango en cuanto al número de años cursados es de 7 a 9 (10. a 30. de secundaria), teniendo nuestra muestra, la distribución siguiente:

- a) Grupo Histeria. Presenta una media de 7.83 años cursados, con una desviación estándar de 0.8 años, lográndose una norma de 7.03 a 8.63 años de estudios.

- b) Grupo Control de Histeria. Aquí el promedio fue de 8.36 años, con una desviación estandar de 0.9 años, lo que da una norma de 7.46 a 9.26 de estudios.
- c) Grupo Farmacodependencia. La media fue de 7.73 años cursados con una desviación de 0.8 años, teniendo una norma de 6.93 a 8.53 años de escolaridad.
- d) Grupo Control de Farmacodependencia. La media fue de 8.4 años de estudio, con desviación de 0.8 años, lo que nos da una norma de 7.6 a 9.2 años cursados.

Cociente Intelectual. El rango y la distribución de esta variable son los siguientes:

- a) Grupo Histeria. Con un rango de 90 a 118 con una media de 101.8 y una desviación de 8.3 (norma de 93.5 a 110.1).
- b) Grupo Control de Histeria. Rango de 90 a 114 con media de 101.2 y desviación estandar de 8.2 (norma de 93 a 109.4).
- c) Grupo Farmacodependencia. Rango de 90 a 118 con una media de 102.2 y una desviación estandar de 8.0 (norma de 94.2 a 110.2).
- d) Grupo Control Farmacodependencia. Aquí el rango va de 90 a 115 con un promedio de 100.4 y una desviación de 7.8 (norma de 92.6 a 108.2) (Ver tabla 1).

Comparando la distribución de los puntajes en cada grupo, tenemos en los diferentes aspectos, lo siguiente:

Confrontación Activa

- a) Grupo Histeria. Se observa un rango de frecuencias de 2 a 41 con un promedio de 13.46 y una desviación de 9.39 logrando una norma de 4.07 a 22.85.
- b) Grupo Control de Histeria. El rango fue de 3 a 17 con un promedio de 7.9 y una desviación de 3.79, teniendo una norma de 4.11 a 11.69.
- c) Grupo Farmacodependencia. Se encontró un rango de frecuencias de 3 a 32, con una media de 8.03 y una desviación estándar de 5.52 logrando una norma de 2.78 a 13.55.
- d) Grupo Control Farmacodependencia. El rango de frecuencias es de 3 a 16, la media fue de 9.96 y la desviación de 3.63 teniendo una norma de 6.33 a 13.59 (Ver tabla II).

Confrontación pasiva

- a) Grupo Histeria. Se observó un rango de 2 a 26 con media de 7.76 y desviación de 5.77 (norma de 1.99 a 13.43).
- b) Grupo Control Histeria. El rango fue de 0 a 17, con una media de 6.26 y una desviación de 2.88 (norma de 3.38 a 9.14).

- c) Grupo Farmacodependencia. Se observó un rango de 1 a 18, con un promedio de 10.2 y una desviación de 4.05 (norma de 6.15 a 14.25).
- d) Grupo Control Farmacodependencia. El rango de frecuencias fue de 3 a 10, con una media de 5.80, una desviación de 1.72 (norma de 4.11 a 7.55 (Ver tabla III)).

Defensa Activa

- a) Grupo Histeria. El rango fue de 0 a 15 con media de 2.6, una desviación de 2.73 y una norma de -0.13 a 5.33.
- b) Grupo Control de Histeria. Con un rango de frecuencias de 0 a 4, la media fue de 0.73 y la desviación de 1.11 (norma -.38 a 1.84).
- c) Grupo Farmacodependencia. Rango de frecuencias de 0 a 9, promedio de 2 y una desviación de 1.84 (norma de 0.16 a 3.84).
- d) Grupo Control Farmacodependencia. Se encontró un rango de 0 a 6, media de 1.8 y desviación estándar de 1.78 (norma de 0.02 a 3.58) (Ver tabla IV).

Defensa Pasiva

- a) Grupo Histeria. Se observó un rango de 0 a 11, con promedio de 4.6 y desviación de 3.06, logrando una

norma de 1.54 a 7.66

- b) Grupo Control Histeria. El rango fue de 0 a 3, con media de 1.3 y desviación de 0.915 (norma de .385 a 2.215).
- c) Grupo Farmacodependencia. El rango encontrado fue de 0 a 10 con media de 4.66 y desviación de 2.35 (norma de 2.31 a 7.01).
- d) Grupo Control Farmacodependencia. El rango resultante fue del 0 al 6 con una media de 1.63 y una desviación de 2.07 (norma -0.44 a 3.7) (Ver tabla V).

Agresión Activa del Sujeto

- a) Grupo Histeria. Rango de 0 al 4, la media fue de 1.53 y la desviación estandar de 1.38, con una norma de 0.15 a 2.91.
- b) Grupo Control Histeria. El rango oscila del 0 al 4, con un promedio de 1.33 y una desviación de 0.958, la norma va de .372 a 2.288.
- c) Grupo Farmacodependencia. El rango observado fue de 0 a 8, con una media de 0.86, desviación de 1.58, lo que da una norma de -0.72 a 2.44.
- d) Grupo Control de Farmacodependencia. El rango de frecuencia fluctúa entre 0 y 5, con media de 1.36 y una desviación de 1.75, dando una norma de -0.39 a 3.11 (Ver tabla VI).

Agresión Activa al Sujeto

- a) Grupo Histeria. Se observó un rango de 0 a 7 con una media de 3.0 y una desviación estandar de 2.35 (norma de 0.65 a 5.35).
- b) Grupo Control Histeria. El rango obtenido fue de 0 a 3, con un promedio de 1.3 y una desviación de 0.915. Originándose una norma de 0.385 a 2.215.
- c) Grupo Farmacodependencia. Se obtuvo un rango que va del 0 al 8 con un promedio de 3.26, una desviación estandar de 2.2 (norma de 1.04 a 5.48).
- d) Grupo Control Farmacodependencia. El rango de frecuencias fue de 0 a 6 con un promedio de 2.36 y una desviación estandar de 1.67 y una norma de 0.69 a 4.03 (Ver tabla VII).

Agresión Pasiva del Sujeto

- a) Grupo Histeria. Se encontró un rango que oscila del 0 al 4 con un promedio de 1.23, una desviación estandar de 2.06, lo que origina una norma que va de -0.83 a 3.29
- b) Grupo Control de Histeria. El rango obtenido va de 0 a 4, su media fue de 1.26, con una desviación estandar de 0.868 logrando una norma de .392 a 2.128
- c) Grupo Farmacodependencia. El rango de frecuencias va

de 0 a 6 con un promedio de 2.73 con una desviación estandard de 1.91, dando lugar a una norma de 0.82 a 4.64.

- d) Grupo Control Farmacodependencia. El rango fue de 0 a 4, con una media de 1.4 y una desviación de 1.16, lo que originó una norma que va de 0.24 a 2.56 (Ver Tabla VIII).

Agresión Pasiva al Sujeto

- a) Grupo Histeria. Se observó un rango de 0 a 6, con una media de 1.76, con desviación estandard de 1.62, dando lugar a una norma de 0.14 a 3.38.
- b) Grupo Control Histeria. El rango obtenido va del 0 al 7, el promedio es de 2.26, la desviación estandard de 1.85 y la norma de 0.41 a 4.11
- c) El Grupo Farmacodependencia. El rango de frecuencia va

del 0 al 7, con una media de 2.23 y la desviación estandard de 1.70 (norma de 0.53 a 3.93).

- d) Grupo Control Fármaco. El rango resultante fue del 0 al 9, con una media de 2.83, una desviación de 2.20 y una norma que va de 0.63 a 5.03 (Ver tabla IX).

Al confrontar los grupos, en los distintos aspectos encontramos diferencias significativas en lo siguiente:

- a) Histeria Vs Control Histeria. Hay diferencia significativa al 0.005%, en confrontación activa (3.2) defensa activa (3.59), defensa pasiva (5.89) y agresión activa al sujeto (3.69).
- b) Histeria Vs Farmacodependencia. Hay diferencias significativas al 0.02% en Confrontación activa (2.51) y al 0.005% en Agresión pasiva del sujeto (-3.06).
- c) Farmacodependencia Vs Control Farmacodependencia. Hay diferencia significativa al 0.01% en Agresión pasiva del sujeto (2.89) y al 0.005% en confrontación pasiva (.766) y defensa pasiva (5.61).
- d) Control Histeria Vs Control Farmacodependencia. Hay diferencia significativa al 0.01% en Agresión activa al sujeto (-2.84) y al 0.005% en defensa activa (-3.096)

En todos los demás aspectos confrontados no hubo diferencias significativas (Ver tabla X).

B. TABLAS Y GRAFICAS

TABLA I

Características de la Muestra

<i>Variable</i>		<i>Grupo</i>	HISTERIA	CONTROL HISTERIA	FARMACO DEPENDEN CIA	CONTROL FARMACO DEPENDEN CIA
EDAD	RANGO		14—17	14—17	14—17	14—17
	\bar{X}		15.26	15.46	15.0	15.13
	S		1.3	1.1	1.0	1.04
	NORMA		13.96 a 16.56	14.36 a 16.56	14 a 16	14.09 a 16.17
ESCOLARIDAD	RANGO		1º a 3º SEC.	1º a 3º SEC.	1º a 3º SEC.	1º a 3º
	\bar{X}		7.83	8.36	7.73	8.4
	S		0.8	0.9	0.8	0.8
	NORMA		7.03 a 8.63	7.46 a 9.26	6.93 a 8.53	7.6 a 9.2
C.I.	RANGO		90—118	90—114	90—118	90—115
	\bar{X}		101.8	101.2	102.2	100.4
	S		8.3	8.2	8.0	7.8
	NORMA		93.5 a 110.1	93 a 109.4	94.2 a 110.2	92.6 a 108.2

TABLA II

**Media y desviación estandard por aspectos
en los grupos.**

Confrontación Activa. (C.A.)

	H I S T E R I A	C O N T R O L H I S T E R I A	F A R M A C O — D E P E N D E N C I A	C O N T R O L F A R M A C O — D E P E N D E N C I A
R A N G O	2 - 41	3 - 17	3 - 32	3 - 16
\bar{X}	13.46	7.9	8.03	9.96
S	9.39	3.79	5.52	3.63
N O R M A	4.07 a	4.11	2.78 a	6.33 a
	22.85	11.69	13.55	13.59

TABLA III

Media y desviación estandard por aspectos en los grupos

Confrontación Pasiva. (C.P.)

	HISTERIA	CONTROL HISTERIA	FARMACO — DEPENDENCIA	CONTROL FARMACO — DEPENDENCIA
RANGO	2-26	0.17	1-18	3-10
\bar{X}	7.76	6.26	10.2	5.80
S	5.77	2.88	4.05	1.72
NORMA	1.99 a 13.43	3.38 a 9.14	6.15 a 14.25	4.11 a 7.55

TABLA IV

**Media y desviación estandard por aspectos —
en los grupos
Defensa Activa (D.A.)**

	HISTERIA	CONTROL HISTERIA	FARMACO — DEPENDENCIA	CONTROL FARMACO — DEPENDENCIA
RANGO	0-15	0-4	0-9	0-6
\bar{X}	2.6	0.73	2.0	1.8
S	2.73	1.11	1.84	1.78
NORMA	-0.13 a 5.33	-0.38 a 1.84	0.16 a 3.84	0.02 a 3.58

TABLA V
Media y desviación estandard por aspectos en
los grupos.
Defensa Pasiva (D. P.)

	HISTERIA	CONTROL HISTERIA	FARMACO- DEPENDENCIA	CONTROL FARMACO- DEPENDENCIA
RANGO	Q - 11	0 - 3	0 - 10	0 - 6
\bar{X}	4.6	1.3	4.66	1.63
S	3.06	0.915	2.35	2.07
NORMA	1.54 a 7.66	0.385 a 2.215	2.31 a 7.01	-0.44 a 3.7

TABLA VI

**Media y desviación estandard por aspectos
en los grupos**

Agresión Activa del Sujeto (A.A.del S.)

	HISTERIA	CONTROL HISTERIA	FARMACO — DEPEDENCIA	CONTROL FARMACO — DEPENDENCIA
RANGO	0 — 4	0 — 4	0 — 8	0 — 5
\bar{X}	1.53	1.33	0.86	1.36
S	1.38	0.958	1.58	1.75
NORMA	0.15 a 2.91	0.372 a 2.288	-0.72 a 2.44	-0.39 a 3.11

TABLA VII

**Media y desviación estandard por aspectos
en los grupos**

Agresión Activa al Sujeto (A.A. al S.)

	HISTERIA	CONTROL HISTERIA	FARMACO — DEPENDENCIA	CONTROL FARMACO — DEPENDENCIA
RANGO	0 — 7	0 — 3	0 — 8	0 — 6
\bar{X}	3.0	1.3	3.26	2.36
S	2.35	0.915	2.22	1.67
NORMA	0.65 a 5.35	.385 a 2.215	1.04 a 5.48	0.69 a 4.03

TABLA VIII

**Media y desviación estandard por aspectos —
en los grupos**

Agresión Pasiva del Sujeto (A. P. del S.)

	HISTERIA	CONTROL HISTERIA	FARMACO - DEPENDENCIA	CONTROL FARMACO — DEPENDENCIA
RANGO	0-4	0-4	0-6	0-4
\bar{X}	1.23	1.26	2.73	1.4
S	2.06	0.868	1.91	1.16
NORMA	-0.83 a 3.29	0.392 a 2.128	0.83 a 4.64	0.24 a 2.56

TABLA IX

Media y desviación estandard por aspectos –
en los grupos

Agresión Pasiva al Sujeto (A.P.a.S.)

	HISTERIA	CONTROL HISTERIA	FARMACO – DEPENDENCIA	CONTROL FARMACO – DEPENDENCIA
RANGO	0-6	0-7	0-7	0-9
\bar{X}	1.76	2.26	2.23	2.83
S	1.62	1.85	1.70	2.20
NORMA	0.14 a 3.38	0.41 a 4.11	0.53 a 3.93	0.63 a 5.03

TABLA X

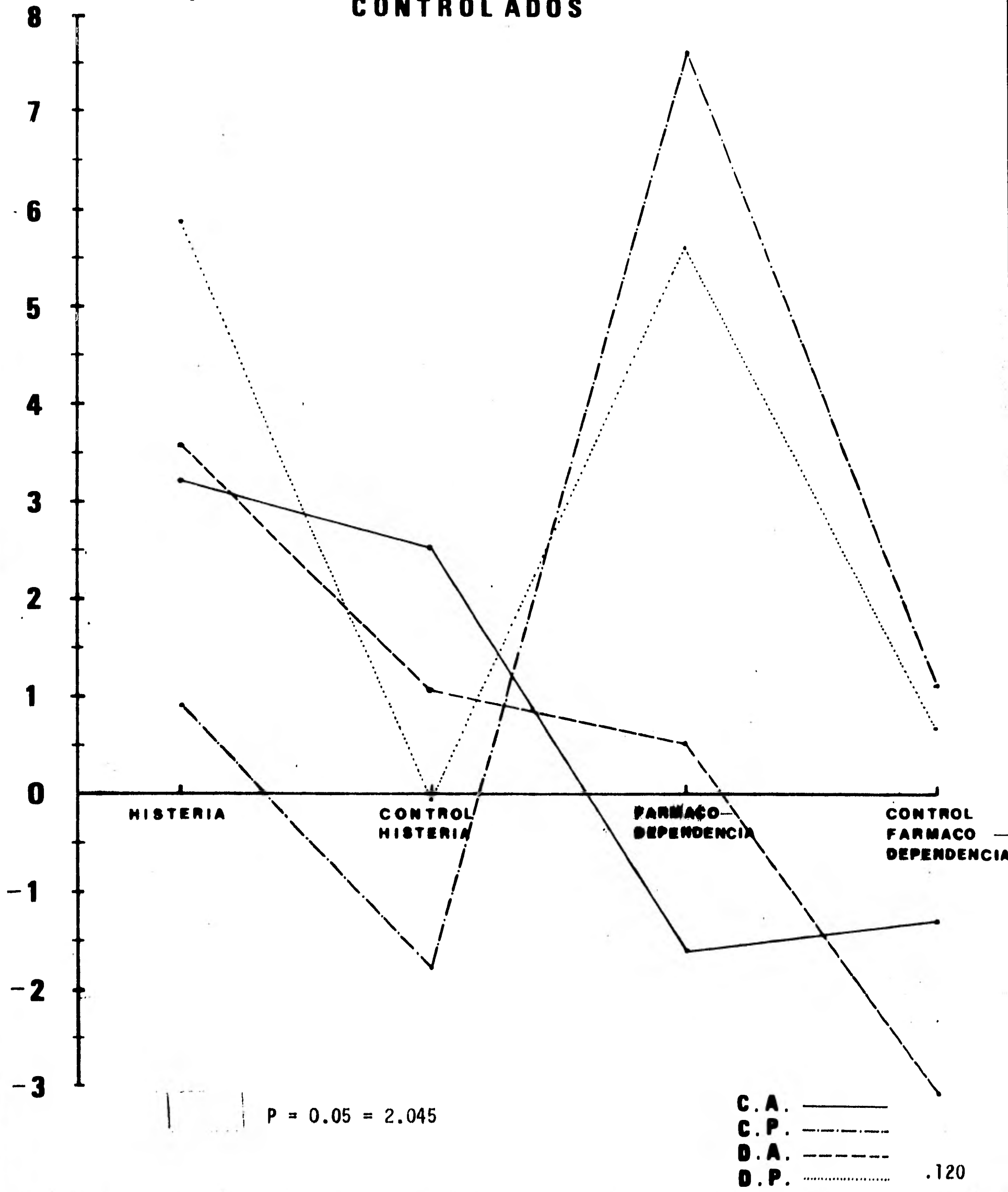
Prueba "t" por aspectos y por grupos confrontados

Grupo Variable	H Vs CH	H Vs F	F Vs CF	CH Vs CF
CA	3.2 [♦]	2.51 ^{**}	-1.60	-1.30
CP	0.90	-1.79	7.66 [♦]	1.16
DA	3.59 [♦]	1.01	0.51	-3.096
DP	5.89	-0.07	5.61 [♦]	0.74
AA del S	0.66	1.76	1.13	-0.09662
AA al S	3.69 [♦]	-0.44	1.83	-2.84 ^{***}
AP del S	-0.09599	-3.06 [♦]	2.89 ^{***}	-0.5027
AP al S	-1.11	-1.0	-1.05	-1.1304

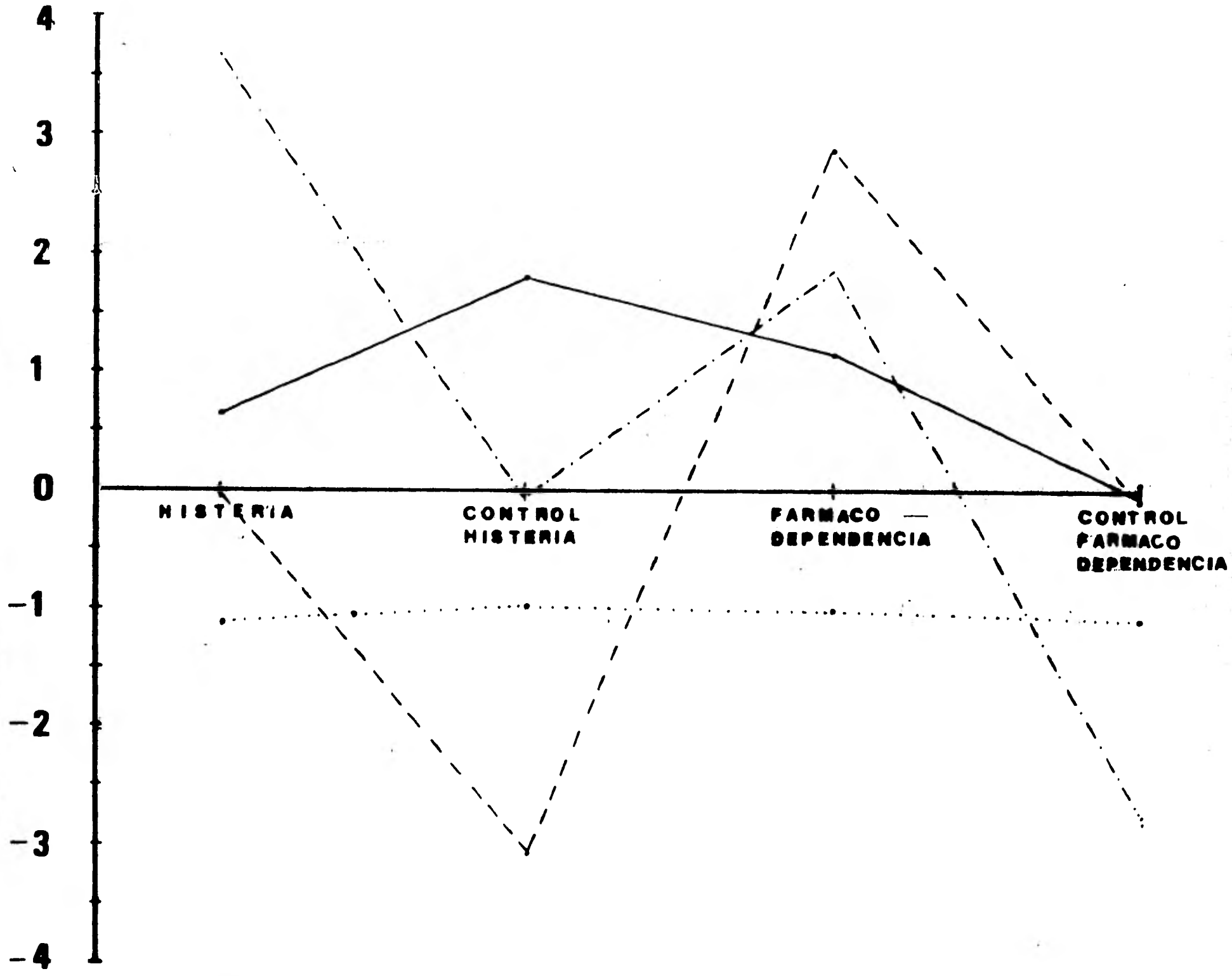
con GI = 29

P = 0.05 = 2.045^{*}
 0.02 = 2.462^{**}
 0.01 = 2.756^{***}
 0.00 = 3.038[♦]

PRUEBA "t" POR ASPECTOS Y POR GRUPOS CONTROLADOS



PRUEBA "t" POR ASPECTOS Y POR GRUPOS CONTROLADOS



$P = 0.05 = 2.045$

A. A. del S. _____
 A. A. al S. - - - - -
 A. P. del S. - - - - -
 A. P. al S.

TABLA COMPARATIVA DE PROMEDIOS POR ASPECTOS Y POR GRUPOS

Confrontación Activa

Histeria	13.45
C. Farmacodependencia	9.96
Farmacodependencia	8.03
Control Histeria	7.9

Defensa Activa

Histeria	2.6
Farmacodependencia	2.0
C. Farmacodependencia	1.8
C. Histeria	0.73

Agresión Activa del Sujeto

Histeria	1.53
C. Farmacodependencia	1.36
Control Histeria	1.33
Farmacodependencia	0.86

Agresión Pasiva del Sujeto

Farmacodependencia	2.73
C. Farmacodependencia	1.4
Control Histeria	1.26
Histeria	1.23

Confrontación Pasiva

10.2 Farmacodependencia
7.76 Histeria
6.26 Control Histeria
5.83 C. Farmacodependencia

Defensa Pasiva

4.66 Farmacodependencia
4.6 Histeria
1.63 C. Farmacodependencia
1.3 Control Histeria

Agresión Activa al Sujeto

3.26 Farmacodependencia
3.06 Histeria
2.36 C. Farmacodependencia
1.3 Control Histeria

Agresión Pasiva al Sujeto

2.83 C. Farmacodependencia
2.26 Control Histeria
2.23 Farmacodependencia
1.76 Histeria

CAPITULO IV

A. Análisis de los Resultados

B. Conclusiones

A. ANALISIS DE RESULTADOS

De los datos obtenidos a través del análisis estadístico en cuanto a las variables independientes tenemos:

En cuanto a edad, los grupos fueron homogéneos, ya que las medias se encontraron entre los 15 y los 15.46 años, lo que corrobora que el total de la población estudiada se encuentra en la etapa de la adolescencia.

Con respecto a la escolaridad, el promedio de años cursados es ligeramente superior (medio año) en los dos grupos control, en relación a los grupos de Histeria y Farmacodependencia, sin embargo, esta diferencia puede estimarse como mínima, debida a los aspectos clínicos del caso, ya que un dato frecuente en la farmacodependencia es el abandono de las actividades escolares, como sintomático del desorden de la personalidad y en menor cuantía, pero en forma también significativa existe un bajo rendimiento escolar en la histeria.

El Coeficiente Intelectual de nuestra población es muy semejante y corresponde en su mayoría a una inteligencia de Término Medio, encontrándose sólo algunos casos de Normalidad Brillante. (tabla I).

En cuanto a los datos clínicos de los resultados obtenidos a través de las historias elaboradas por los sujetos ante las láminas del T.A.T., se observaron los siguientes aspectos de

importancia:

1. En la Confrontación Activa el grupo de Histeria tiene un puntaje promedio marcadamente mayor que los otros grupos, y la desviación estándar es también más grande, lo que origina una norma mucho más amplia. (tabla II).

Comparando estos puntajes con los obtenidos por el Grupo Control Histeria femenino, encontramos una diferencia significativa en favor de la Histeria con una confiabilidad muy alta ($P=0.005$), lo que sugiere que la diferencia encontrada está dada por la patología (tabla X).

En el grupo Farmacodependencia, el promedio del puntaje en Confrontación Activa es menor que el de su grupo control masculino, pero su desviación estándar es mayor, observándose una norma más amplia pero conservando puntajes menores, lo que demuestra, aunque no en forma significativa, la menor incidencia de confrontaciones activas por parte de los sujetos farmacodependientes (tabla II).

Esto modifica las impresiones del Dr. Díaz Guerrero con respecto a la posibilidad de tener mayor Confrontación Pasiva en la Histeria, y confirma por otro lado, el aspecto clínico de esta enfermedad.

Desde el punto de vista cultural, tendremos la respuesta contraria a la pasividad "normal" de la población histérica, puesta

de manifiesto por el bajo nivel de Confrontación Activa en el Grupo Control femenino..

Al comparar el grupo Histeria contra el grupo Farmacoddependencia, encontramos una diferencia muy significativa ($P=0.02$), en favor de la Histeria, lo que sugiere que las pacientes histéricas confrontan el stress más frecuentemente en forma activa que los farmacodependientes; esta marcada diferencia se podría atribuir a la patología de los grupos pues en los controles no existe diferencia significativa en cuanto a su manera de encarar activamente el stress.(tabla X).

Sin embargo, se encuentra que el Grupo Control Farmacoddependencia, tiene un promedio mayor (por dos puntos) al Grupo Control Histeria, en la Confrontación Activa, lo que podría significar que hay más actividad en los jóvenes que en las chicas, o sea, que esta ligera diferencia se debe al sexo, lo que podría reforzar de alguna manera la Premisa Socio Cultural de que el hombre es más activo que la mujer a partir de la adolescencia, como se ha demostrado en estudios transculturales, inclusive.

Un aspecto interesante a comentar es la similitud de puntajes entre las mujeres normales y el patrón de respuestas de los sujetos farmacodependientes. (tabla II).

En cuanto a este último grupo, se confirma el aspecto clínico de que las drogas producen una confrontación pasiva del stress de la vida, en mucha mayor cuantía que la que se encuentra

normalmente; esta actitud explicaría, en parte, la deserción escolar más marcada en este grupo, una vez que se inician en su consumo.

En la Confrontación Pasiva se observa un puntaje mayor en el Grupo Farmacoddependencia, sin llegar a ser significativa la diferencia con respecto al Grupo Histeria, y si en cambio, con su Grupo Control masculino (C.F.), encontrándose un alto grado de confiabilidad ($P < 0.0005$). Esto es congruente con el resultado obtenido en la Confrontación Activa.

Comparando los dos grupos femeninos, aparece una diferencia mínima en favor del Grupo Histeria, sin embargo, no es de significación, lo que implica un modelo psicosocial implícito en ambos grupos.

Dentro de los grupos patológicos, la Confrontación Pasiva es más alta que en los grupos "normales", sin embargo, hay una clara diferencia entre ambos, confrontando más pasivamente los farmacodependientes. (Tabla X).

Al comparar los grupos normales, se encuentran más confrontaciones pasivas por parte de las mujeres, aún cuando la diferencia es mínima, se corrobora lo que postula el Dr. Díaz Guerrero, en lo referente a que las mujeres son más pasivas que los hombres, en nuestra sociocultura. Esto nos hace pensar que la diferencia encontrada en los grupos patológicos, podría deberse a su padecimiento,

y no al sexo.

La disociación clásica de la Histeria, corresponde al nivel de pensamiento, puesto que aunque manifiesta una conducta pasiva, como es el caso de la reacción conversiva, o la propia disociación, desde el punto de vista cognoscitivo, corresponde a una agresión activa. (Las histéricas tienen más confrontación tanto activa como pasiva, más defensa activo y pasiva y más agresión). Enfocándolo dinámicamente, esto está de acuerdo con los postulados de Freud al respecto: una histérica tiene este tipo de actitudes debido al miedo que tiene de perder el control (formación reactiva). La pérdida de este control cognoscitivo implicaría entonces, la pérdida del control motor, tal como se ve en las crisis de excitación psicomotora de la histeria, la agresividad incontrolada o los intentos de suicidio.

A continuación se analizarán los resultados obtenidos en los aspectos de Defensa y las cuatro formas de agresividad:

Primeramente vemos que los grupos patológicos se definden tanto activa como pasivamente en mayor proporción que los sujetos normales, de donde se desprende que se sienten más acatados que los grupos control, lo que corroboramos con los puntajes de A.A. al S.

Esto está de acuerdo con los postulados clínicos acerca del empleo inadecuado de los mecanismos de defensa. (Ver tablas IV,

V y VII).

Comparando los grupos según el sexo, el puntaje es mayor en los grupos masculinos que en cuanto a la A.A. al S.

El tipo de Defensa Activa que presentan los dos grupos masculinos, es muy parecido, no habiendo diferencia significativa en los promedios; mientras que en los grupos femeninos se observa una clara diferencia con un alto grado de confiabilidad ($P = 0.0005$), en favor de la Histeria. El grupo Control Histeria femenino, obtuvo el puntaje más bajo de todos los grupos en este aspecto, diferencia atribuible posiblemente a la patología.

Al comparar los dos grupos normales, se observa también una diferencia notable en la Defensa Activa, con un grado de significatividad del 0.0005, lo que indica que esta diferencia está posiblemente dada por el sexo, siendo el grupo masculino el que presenta el nivel más alto. (Tabla X).

Los promedios de Defensa Pasiva en los grupos patológicos son similares, siendo altamente significativa la diferencia con respecto a los Grupos Control; entre estos últimos, la Defensa Pasiva es bastante similar, lo que hace pensar que la elevación de puntajes en la Defensa Pasiva, dada en los grupos patológicos, se debe de nuevo posiblemente a su padecimiento. (Tabla IV).

El Grupo Control Histeria femenino, obtuvo el promedio más bajo en A.A. al S., lo que indica que se siente menos agredido

que los demás grupos al compararlo con el Control Farmacodependencia masculino, la diferencia es muy notoria, siendo esta mucho más marcada al compararse con la Histeria. (Tabla VI).

En lo referente a la A.A. al S., la disparidad entre los grupos femeninos y los masculinos, aunque leve, se conserva a favor de estos últimos. La A.P. al S. es percibida de manera similar por los cuatro grupos, siendo ligeramente menor en el Grupo Histeria, pero conservándose nuevamente diferencia entre los sexos, a favor del masculino. (Tabla IX).

En los grupos Histeria y su Control femenino, se da más agresión activa que pasiva del sujeto., aunque su diferencia es mínima, siendo más marcada en el primer grupo.

Contrariamente, en los grupos masculinos existe un mayor índice de Agresión Pasiva del S., siendo más evidente en el grupo patológico y mínima en el Control masculino. (Tabla VIII).

El Grupo de Farmacodependientes, muestra claramente una tendencia pasivo-agresiva, lo que se obtiene comparando en el mismo grupo, los puntajes de A.A. al S., A.P. al S. y C.P. (Tabla X).

En los grupos no patológicos, la A.A. del S. no muestra diferencia, manteniéndose en un nivel bajo, por lo cual es notorio que el sexo no parece intervenir en este aspecto.

Por otro lado, en los Grupos Patológicos, la diferencia es acentuada, sin llegar a ser significativa. Esta diferencia pue-

de estar dada por la patología, siendo la Histeria la que muestra más agresión activa. Lo que parece corroborar que las histéricas son manejadoras activas del stress. A igual frustración hay menos agresión en los encaradores pasivos del stress (Díaz Guerrero).

La media de la Agresión Pasiva, del S., en los Grupos Normales, es muy semejante, apareciendo un un bajo índice.

Al comparar los grupos patológicos, encontramos que existe un promedio elevado de A.P. del S., en el Grupo Farmacodependencia. (Tabla VIII). Lo que indica que socialmente hay más explotación emotiva, económica y personal entre los sujetos pasivos.

B. CONCLUSIONES

Las conclusiones que a continuación presentamos deben tomarse con las restricciones que da el haber empleado grupos pequeños, lo que de ninguna manera nos permite hacer generalizaciones válidas para toda la población.

- * La muestra elegida fue homogénea en cuanto a edad, escolaridad y Coeficiente Intelectual.
- * El Grupo Histeria confronta más activamente el stress que los otros grupos estudiados.
- * Los pacientes Farmacodependientes abordan de manera más pasiva las situaciones stressantes.
- * Los grupos psicopatológicos confrontan el stress más pasivamente que los grupos Control "normales".
- * En nuestro estudio, las histéricas confrontan más activamente las situaciones que los farmacodependientes. Esta diferencia podría atribuirse a la patología, ya que en los grupos normales es el hombre quien encara más activamente y menos pasivamente las situaciones que las mujeres.
- * Los grupos patológicos se "defienden" más que los no patológicos, tanto activa como pasivamente.
- * Las histéricas se defienden más activamente que su grupo Control Normal, efecto atribuible a la pato-

logía.

- * Los grupos masculinos presentan una defensa activa muy similar.
- * En los grupos normales, los hombres se defienden con mayor frecuencia activamente que las mujeres.
- * Los dos grupos patológicos presentan un índice marcadamente elevado de Defensa Pasiva, en comparación con los grupos control "normales".
- * El grupo que menos agresión percibe del medio es el grupo Control femenino.
- * Los hombres perciben más agresión del medio que las Mujeres.
- * Los hombres farmacodependientes agreden más pasivamente, mientras que las mujeres histéricas más activamente.
- * El grupo de Farmacodependencia es el que muestra claramente una tendencia pasivo-agresiva, lo que se corrobora con el alto promedio de Confrontación Pasiva.
- * En los grupos normales, el sexo no interviene en la agresión activa.
- * Se observa que en el Grupo Histeria, existen más Confrontaciones Activas que en el grupo de Farmacodependencia, lo que pudiera estar dado por la **patología**,

por no observarse esta diferencia en los grupos control.

- * El grupo Histeria confronta activamente las situaciones de stress, el grupo Farmacodependencia se defiende pasivamente.
- * El porcentaje de respuestas en los grupos patológicos se presenta notoriamente más elevado tanto en confrontación como en defensa comparándolos con los grupos "normales"

El adolescente farmacodependiente, se defiende, se evade de la realidad para sentirse menos tenso, para poder sentir que de alguna manera "domina" la situación aunque sea agrediendo pasivamente y la chica histérica confronta el stress manipulando el medio, "actuando" seduciendo, mintiendo, pero al fin de cuentas adquiriendo control de su medio.

Al hacer un análisis detallado de cada grupo en los diversos aspectos que contempla esta investigación, encontramos lo siguiente:

GRUPO HISTERIA

Confronta las situaciones stressantes de una manera muy acentuada, más en la forma activa que en la pasiva y muestran un grado de agresividad ligeramente más alto en el sentido activo que en el pasivo, aunque en general esos niveles de agresividad son bajos.

Presenta un tipo de defensa predominantemente pasiva, experimenta agresión del medio más en forma activa que en forma pasiva.

Por lo tanto, en nuestro estudio es notoria la actividad que presentan estas pacientes, lo que contradice nuestra hipótesis de Trabajo (H_1) la cual afirma que las pacientes con diagnóstico clínico de Histeria confrontan de manera pasiva las situaciones de stress.

GRUPO FARMACODEPENDENCIA

Tiene un promedio alto de Confrontación, siendo marcadamente elevado en la pasiva, esto se corrobora con la Defensa Pasiva y la Agresión Pasiva del Sujeto, que tiene puntajes altos en comparación con la Agresión Activa que se encuentra baja. Es un sujeto que se siente agredido por el medio en ambas formas, predominando la activa.

Por todo esto nos hace ver que el farmacodependiente es un sujeto pasivo que vuelve la agresión contra sí mismo, como una forma de agresión pasiva al medio. Este tipo de conductas está dado por la patología ya que en su grupo control se observa mayor actividad.

En los grupos normales, las diferencias encontradas se refieren sólo a la defensa que presentan los varones, al percibir la agresión del medio, ésto en realidad contradice la idea de que las mujeres son más pasivas que los hombres y no se encontraron diferencias significativas.

GRUPO CONTROL HISTERIA

Es un grupo que sí confronta el stress tanto activa como pasivamente, presentando poca defensa, ya que percibe agresión del medio, aunque no en forma marcada, manifestando así mismo, poca agresión.

GRUPO CONTROL FARMACODEPENDENCIA

Las situaciones stressantes en este grupo, son confrontadas más en forma activa que pasiva, siendo bajo su índice de defensa y de agresividad, aún cuando experimentan el medio un tanto hostil, más en forma pasiva que activa.

Después de detallar brevemente cada uno de nuestros grupos concluimos a nivel general que:

La histérica es manipuladora, seductora y exhibicionista al confrontar las situaciones, mientras que los farmacodependientes demandan atención del medio agrediendo pasivamente en un intento desesperado de reconquistar cierto dominio de la situación, al no tener los medios para lograr una identidad positiva, es preferible tener una identidad negativa a carecer de identidad.

Al equiparar los grupos femeninos volvemos a comprobar que la histérica es manipuladora, tomando en cuenta que confronta y agrede activamente, así como también se defiende.

Cotejando los datos de los grupos masculinos, se observa nuevamente que confrontan y se defienden del medio; y los agreden en forma pasiva.

Cabe hacer notar que todas las diferencias encontradas hasta aquí, en nuestros grupos se deben a la patología, ya que al relacionar los grupos normales, encontramos que el grupo masculino se defiende activamente ante la agresión que percibe del medio que le rodea. No encontramos diferencias significativas en ninguna de las otras áreas.

COMENTARIOS Y
SUGERENCIAS

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

El haber utilizado el TAT como instrumento principal para dar respuesta a las interrogantes planteadas en la introducción, nos permitimos valorar esencialmente las conductas y actitudes de la muestra en estudio dada la naturaleza misma del test. Además, por su flexibilidad, se logró dar una nueva concepción con un enfoque utilizado por primera vez dentro de la Psicología Clínica.

Concluido este estudio, sugerimos:

1. Ampliar la población de la muestra para poder hacer generalizaciones más valederas a las poblaciones estudiadas.
2. Para trabajos posteriores a esta investigación, aconsejamos ampliar la variable edad, hasta población adulta, tomando en cuenta, que la personalidad está mejor estructurada en esta etapa, para ver si difiere de la población que en este trabajo presentamos.
3. Realizar la misma investigación con grupos de diferentes clases sociales y otros grados de escolaridad para notar la posible influencia de estas variables.
4. Hacer esta investigación confrontando grupos con otras patologías, para establecer similitudes y diferencias entre las mismas.

5. Aplicar el mismo tipo de confrontación a poblaciones rurales, para ratificar o rectificar la creencia extendida de que la gente de medio urbano es más activa que la del medio rural.

BIBLIOGRAFIA

1. AGUILERA, G.A. Un Estudio Clínico y Socio-Cultural de la Histeria y la Depresión. Tesis, para optar por el grado de Lic. en Psicología, UNAM, México: 1977.
2. ANDERSON, y A. Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico. Madrid, España: Edic. RIALP, S.A., 1973.
3. ARANGO, R.A.A. Estudio Transcultural de los síndromes activo-pasivo en un grupo de estudiantes mexicanos y panameños.
4. ARIAS, G.F. Introducción a la Técnica de Investigación en psicología, México: Trillas, 1971,
5. ABT, L.E. y BELLAK L. Psicología Proyectiva. Buenos Aires, Argentina: Edit. Paidós, 1967.
6. BRAU, J.L. Historia de las Drogas. Barcelona, Bruguera, 1973.
7. CAMPOS, M.A. y DIAZ, G.R. Desarrollo de Instrumentos Psicométricos para la medición de las dimensiones confrontación-defensa y actividad-pasividad. I Congreso Mexicano de Psicología. Memorias. México: UNAM. Facultad de Psicología, 1974, pp 137-143.

8. CASTRO, L.H. La Histeria. La Habana: Academia de Ciencias de Cuba. Instituto de Investigaciones Fundamentales, 1975.
9. CLARAC, P. y Rosales de Parra, L. Investigación social sobre el adolescente Farmacodependiente en el D.F. y zonas colindantes. Cuadernos Científicos CEMEF, marzo, México: 1976.
10. CHAMBERLAIN, B.B. Neurosis y Psicosis Illinois, Chicago. Prensa Médica, 1967.
11. DIAZ, G.R. Estudios de Psicología del Mexicano, México: Trillas, 1970.
12. DIAZ, G.R. Lecturas para el curso de psicología experimental. México; Trillas, 1965.
13. DIAZ, G.R. Los síndromes activo y pasivo. Revista Interamericana de Psicología. Vol. I, No. 4, Diciembre, México: 1967.

14. DIAZ, G.R. Sociocultural premises, attitudes and cross cultural research. XVII Congreso Internacional de Psicología, Washington. Copia mimio, 1963.
15. EY, H. Tratado de Psiquiatría, Barcelona: Toray Manson, 1975.
16. FREUD, A. Normalidad y Patología en la niñez. Buenos Aires: Paidós, 1971.
17. FREUD, S. Autobiografía. Madrid: Alianza Editorial, 1973.
18. FREUD, S. El yo y el ello. Madrid: Alianza Editorial, 1977.
19. FREUD, S. La Histeria. México: Editorial Iztaccihuatl, 1970.
20. FREUD, S. La Teoría Psicoanalítica de la personalidad. Buenos Aires: Paidós, 1973.
21. FREEMAN, A.M., KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. Modern synopsis of comprehensive textbook of psichiatry. II Baltimore: The Williams and Wilkins, 1976.
22. FRENK, J. ¿Cómo identificar las drogas y sus usuarios? CEMEF, México: 1976.

23. GELDARD. Fundamentos de psicología. México: Trillas, 1972.
24. GUZE, S.B. y PERLEY M.J. Observations on the natural history of Hysteria. Amer J. Psichiat, 1963.
25. HEREFORD, C.F. La Dimensión activo-pasiva en México y los Estados Unidos. I Congreso Mexicano de Psicología. Memorias. México: UNAM, Facultad de Psicología, 1974, pp 37-45.
26. SHERIF M y SHERIF C.W. Problemas de la Juventud. México: Trillas, 1970.
27. HILTMANN, H. Compendio de los tests psicodiagnósticos. Buenos Aires: Kapelusz, 1962.
28. HOVAREAU, M. J. El inconsciente descubierto por los tests proyectivos. España: Mensajero, 1975.
29. JESS, L. R. Mariguana and Personality Change, Lexington Books, 1972.
30. JOUNG, R. K y VELDMAN, D.J. Introducción a la Estadística aplicada a las ciencias de la conducta. México: Trillas, 1977.

31. KIMBLE, R y WILLIAMS, J.C. A comparison of two methods of diagnosing Hysteria, Amer V. Psichiat, 1975.
32. KNOFF, W.F. Psychiatry and Applied Mental Health, New York: Upstate, Med. Center, 1971.
33. KRETSCHMER, E. Histeria, Reflejo e Instinto, México: Labor, S.A., 1963.
34. LARA, T.H. y COLS. Apuntes sobre Histeria. Sin publicar, 1977.
35. LARA, T.H. y LARA, T.L. Premisas Socio-culturales y Psicopatología. VII Congreso Nacional de Ciencias Neurológicas y Psiquiátricas, México: mayo, 1974.
36. LARA, T.T. y RAMIREZ, de L.L. Estudio Clínico Epidemiológico de padecimientos psiquiátricos dentro de un sistema de seguridad social. Neurología, Neurosis, Psiquiatría, 16 (4): 225-241, México, 1975.
37. LARA, T.H. y VELEZ, J. Alcoholismo y Farmacodependencia en un sistema de seguridad social. Un estudio Epidemiológico. Salud Pública de México. Ep. V, Vol. XVI, No. 3, Mayo-junio, pp 387-395, 1975.

38. LEMPERIERE, J. La Personaliti hystérique. Paris France: Societe Parisienne D'expansion Clinique Specia, 1968.
39. LINARES, C.C. y GUZMAN, T.Y. Estudio comparativo entre un grupo de alcohólicos y un grupo de Farmacodependientes a través del diferencial semántico. Tesis, no publicada para optar por el grado de Lic. en Psicología, UNAM, México: 1977.
40. LINDFORD, R.W. A Short Textbook of Psychiatry. London: English U. Press, 1967.
41. MAC KINNON, R.A. y MICHELS, R. Psiquiatría Clínica Aplicada. México: Interamericana, 1973.
42. MAHER, B. Principios de Psicopatología. México: McGraw Hill, 1970.
43. MAIER, H. Tres teorías sobre el desarrollo del niño. Erickson, Piaget y Sears. Buenos Aires: Amorrorto, 1969.
44. MAYER, G.W. SLATER, E. ROTH, M. Psiquiatría Clínica, Buenos Aires, Argentina: Paidós, 1974. Vol. I

45. MC GUIGAN, F.J. Psicología Experimental. Enfoque Metodológico, México: Trillas, 1973.
46. MEGARGEE, E.I. Métrica de la personalidad, México: Trillas, 1971.
47. MILLON, T. Psicopatología Moderna. Barcelona: Salvat, 1976.
48. MILLON, T. Psicopatología y Personalidad. México: Interamericana, 1974.
49. MURRAY, H. A. Test de Apercepción Temática, Buenos Aires: Edit. Paidós, 1975.
50. MUSSEN, P. H., CONGER, J.J. y KAGAN, J. Desarrollo de la personalidad en el niño. México: Trillas, 1980.
51. NOYES, y KOLB, L.C. Psiquiatría Clínica Moderna, México: Prensa Médica Mexicana, 1974.
52. PARDINAS, F. Metodología y técnica en ciencias sociales. México, Siglo XXI, 1973.

53. PICHOT, P. Histoire des idées sur L'hysterie. Paris, France: Societé Parissienne D'expansion Clinique Specia, 1968.
54. RAPPAPORT, D., MORTON, G. y SHAFER, R. Diagnosis Psychological Testing. The teory, statistical evaluation and diagnostic application of battery of test. Chicago, The Year Book Publishers, Vol. I, 1945/46.
55. ROPP, R. Las drogas y la mente. México: Continental, 1973,
56. ROVART, J. Psicopatología de la pubertad y la adolescencia, México: Planeta Mexicana, 1976.
57. SALAZAR, M. Actitud de un grupo de estudiantes universitarios hacia la droga. CEMEF Informa. Año IV. Vol. IV, No. 12, Diciembre, México: 1976.
58. SAN ROMAN, A. Estudio psicológico de estilos de conducta desde el punto de vista de la actividad, pasividad, confrontación y defensa. Tesis no publicada para optar por el grado de Licenciado en Psicología. UNAM, México, 1965.

59. SCHNAAS, L. Estudio de casos sobre características socioeconómicas y de personalidad del adolescentes infractores, usuarios de sustancias volátiles. CEMEF Informa. Vol. III-IV, Abril, México: 1975.
60. SALOMON, P y PATCH, V.D. Manual de Psiquiatría, México: El manual moderno, 1972.
61. SZASZ, T. El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu, 1968.
62. VELAZCO, F.R. y V.F. El problema de la Farmacodependencia en México. Copia mimeo.
63. ZERMEÑO, G et al. Características socioculturales y familiares del adolescente infractor farmacodependiente. Cuadernos Científicos CEMEF. Vol. V, Marzo, México: 1976.