

13
2ej

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA



TESIS CON
FALLA ES CRIGEM

"ESTUDIO COMPARATIVO DE INDICES DE LESION CEREBRAL
MEDIANTE EL TEST GUESTALTICO VISOMOTOR DE BENDER
EN PACIENTES NEUROTICOS OBSESIVO-COMPULSIVOS,
NEUROTICOS NO OBSESIVOS Y SUJETOS NORMALES"

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A

JOSEFINA OSUNA ROBLES

GUADALAJARA, JALISCO. MAYO 1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.

Página

CAPITULO I.

INTRODUCCION GENERAL.

1.1	Planteamiento del problema	2
1.2	Antecedentes del problema	4
1.3	Objetivos de la investigación	8
1.4	Hipótesis de investigación	9
1.5	Limitaciones	10
1.6	Definición de términos básicos	11
1.7	Naturaleza y orden de presentación	12

CAPITULO II.

REVISION DE LA LITERATURA.

2.1	Historia de las Neurósis	14
2.2	Definición de Neurósis	22
2.3	Estandarización de la Nomenclatura y Clasificación	22
2.4	Revisión literaria de los trastornos Obsesivos-Compulsivos	23
2.4.1	El concepto de obsesión según Freud	26
2.4.2	Dinámica del trastorno obsesivo compulsivo	28
2.4.3	Teorías de etiología	30
2.4.3.1	Teorías Genéticas	30
2.4.3.2	Teorías Psicoanalíticas	31
2.4.3.2.1	Teorías Psicoanalíticas enfatizadas en la génesis psicosexual	31
2.4.3.2.2	Teorías del instinto y del yo	32
2.4.3.2.3	Teorías Neo-Freudianas	32
2.4.3.2.4	Teorías del aprendizaje	33
2.4.3.3	Teoría de la neurósis Obsesivo Compulsiva y daño cerebral	34
2.5	Diagnóstico del trastorno obsesivo compulsivo	37
2.5.1	El fenómeno obsesivo-compulsivo	38
2.5.2	Diagnóstico diferencial	46
2.5.3	Pensamientos obsesivos y preocupaciones mórbidas	47
2.5.4	Neurósis obsesivo-compulsiva y trastorno de personalidad compulsiva	47
2.5.5	Diferenciación de una neurósis obsesivo compulsivo de otros trastornos de ansiedad	49

2.5.4	Neurosis obsesivo - compulsiva y esquizofrenia	50
2.5.7	Neurosis obsesivo-compulsiva y el síndrome Gilles de la Tourette	51
2.5.8	Neurosis obsesivo-compulsiva y depresión	51
2.6	Involucración del cíngulo en trastornos obsesivo-compulsivos	54
2.6.1	Discusión	56
2.7	Neurosis obsesivo-compulsiva precedida por un traumatismo craneal	58
2.8	La impulsividad en pacientes obsesivos compulsivos	60
2.9	Evaluación Crítica	65
2.10	Conclusiones	67

CAPÍTULO III.

METODOLOGÍA.

3.1	Población y Muestra	69
3.2	Hipótesis de Investigación	70
3.3	Recolección de Datos	71
3.4	Instrumento de Medición.	73

CAPÍTULO IV.

ANÁLISIS DE DATOS E INFORMACIÓN.

4.1	Análisis de Kruskal-Wallis	71
-----	----------------------------	----

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES GENERALES.

5.1	Conclusiones	105
	CITAS BIBLIOGRÁFICAS	108
	BIBLIOGRAFÍA	112
	APÉNDICES	115

CAPITULO I
INTRODUCCION GENERAL

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

No son novedosas en el mundo de la mente y la conducta humana, las teorías biológicas que propugnan que la enfermedad mental es fundamentalmente un estado biológico alterado, y que factores como la neuroanatomía, la genética o la bioquímica son los determinantes primarios de los síntomas psíquicos. Sin embargo, a sido a partir de los actuales conocimientos de la neuropsicología, la herencia y la neuroquímica cuando estas teorías han adquirido relevancia significativa para algunas enfermedades mentales.

Se ha mencionado que del cerebro nace el pensamiento y fué así como al observar en expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico preestablecido de neurósis obsesivo-compulsiva ciertas anomalías (lóbulo temporal y frontal), en los registros electroencefalográficos, surgiendo así la idea de realizar la presente investigación.

A partir de esta experiencia se tomó como punto de partida en nuestra investigación realizar una comparación de índices de lesión cerebral en pacientes obsesivos compulsivos, con un grupo de neuróticos no obsesivos y

otro grupo de sujetos normales, utilizando la Adaptación Hutt del Test Gestáltico Visomotor de Bender como una medida objetiva que ha demostrado poseer un considerable valor en la detección de diversos índices cerebrales orgánicos.

Es importante que en la psicología clínica se aporte este conocimiento para el diagnóstico y como consecuencia el tratamiento.

Es necesario que tanto la obsesión como la compulsión, se encuentren plenamente identificadas, así como su dinámica y sus posibles etiologías psicológicas, ya que el psicólogo clínico debe siempre delimitar su campo de acción, establecer su jerarquía, valorar su función, pronosticar su grado operativo dentro del cuadro en estudio, y en caso necesario, solicitar la ayuda de otros profesionistas para manejar si el caso lo requiere, el cuadro de una forma interdisciplinaria (neurólogo, psiquiatra, psicólogo, etc.) para lograr esto, es necesario el continuo estudio de la psicopatología y sus orígenes, así como de las actuales investigaciones; aún cuando la neuropsicología cobra cada día más importancia, y las investigaciones en lo referente a la asociación de problemas psíquicos con problemas neurológicos, multiplican; lo que no deja de ser muy limitada con la

información que se tiene, por lo que este trabajo pretende contribuir en la medida de lo posible con la neuropsicología.

1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La primera relación reportada entre una enfermedad neurológica y un trastorno obsesivo compulsivo fué a principios de este siglo, cuando se extendió la epidemia de encefalitis por los Estados Unidos. En este tiempo ningún organismo fué aislado, dejando en los sobrevivientes secuela neurológica.

Hubo muchos reportes de casos de pacientes quienes desarrollaron un trastorno obsesivo-compulsivo, después de su recuperación de estas encefalitis.

Minski (1933), encontró que en 58 pacientes con tumores cerebrales, 25 habían funcionado con enfermedad psiquiátrica, solamente uno de esos casos con un tumor frontal izquierdo desarrolló un trastorno obsesivo. Hay un reporte del caso de un hombre previamente saludable, quien desarrolló severo trastorno obsesivo-compulsivo en combinación con varias tics y disquinesias después de una encefalitis, probablemente inducida por la picadura de una

avispa.

En 1938, Schilder demostró la relación entre un trastorno obsesivo-compulsivo y una encefalitis, y pensó que en algunos cuadros obsesivo-compulsivos había de fondo una secuela neurológica.

Además Schilder se esforzó por enlazar la teoría psicoanalítica con la neurología clínica y estudiar que la encefalitis podía producir un cambio estructural o químico, liberando impulsos hostiles de fondo; por lo que el paciente desarrolla pensamientos obsesivos para controlar dichos impulsos. Notificó que muchos de los pacientes obsesivos no tienen una historia de encefalitis. Encontró siete pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo con moderadas anormalidades neurológicas incluyendo temblores suaves, disminución del movimiento de brazos, cara rígida, agnosia e hiperquinesia.

Schilder concluyó que dos de tres de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo tenían una causa neurológica en su trastorno y los factores psicológicos fueron solamente importantes en uno de los tres. Sostuvo que la mayoría de los casos no fueron causados por una epidemia subclínica de encefalitis pero fueron debido a lesiones fetales, a traumas durante el nacimiento o por

tóxicos y procesos infecciosos de etiología desconocida.

En 1964, Grinshaw reflexionó sobre la relación entre enfermedades neurológicas y trastornos obsesivos. "Estudió 103 casos de obsesivos y reportó que el 19.4 % tenía una enfermedad neurológica, comparándolos solamente con el 7.6 % del grupo control de 105 sujetos normales. Seis pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo tenían serias infecciones en el sistema nervioso central: tres meningitis, dos secuela de una epidemia de encefalitis y una polioencefalitis. Ocho pacientes tenían antecedentes de trastorno convulsivo: cinco cirugías infantiles, dos epilepsia del gran mal y una eclampsia. Seis pacientes tenían antecedentes de Corea de Sydenham".

"Hilbos en 1960 estudió 415 casos con traumatismo craneoencefálico ocurridos durante la guerra, y encontró que el 5.4 % de estos pacientes presentaban un cuadro clínico de neurósis obsesivo-compulsiva". (1)

"Michael A. Jenike y Andrew W. Brozman concluyeron que de 12 pacientes con severos trastornos obsesivo compulsivos, la tercera parte de las anomalías del electroencefalograma ha sido en el lóbulo temporal". (2)

Existen algunos reportes de casos que desarrollaron

serias infecciones en el sistema nervioso central, traumatismos craneoencefálicos y trastorno convulsivo, los cuales posteriormente presentaron el trastorno obsesivo compulsivo por lo que se llegó a pensar que en algunos cuadros obsesivo compulsivos había de fondo una secuela neurológica.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1).- Detectar la presencia de indicadores de lesión cerebral en pacientes obsesivo-compulsivos.

2).- Realizar una comparación en tres grupos:

neuróticos obsesivo-compulsivos, Neuróticos no obsesivos (tales como: depresivos, histéricos, fóbicos y ansiosos) y en Sujetos normales. Para determinar el número de índices de lesión cerebral en el test gustáltico visomotor de Bender que aporta el grupo de obsesivo compulsivo en comparación con los otros grupos.

3).- Lograr una mejor comprensión de la neurosis obsesivo-compulsiva.

1.4 HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN.

Ho: No exista diferencia significativa de índices de lesión cerebral entre pacientes obsesivos compulsivos, neuróticos no obsesivos compulsivos y sujetos normales.

Ha: Si existe diferencia significativa de índices de lesión cerebral en pacientes obsesivo-compulsivos que en neuróticos no obsesivos compulsivos y sujetos normales.

1.5 LIMITACIONES.

El presente estudio se realizó a través de la revisión de expedientes clínicos en Archivos del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Zapopan, Jalisco y del Centro Integral de Psiquiatría y Psicología de Guadalajara, Jalisco, tomando en cuenta los comprendidos entre el año 1984 a 1986, para seleccionar aquellos sujetos con diagnóstico preestablecido de neurósis obsesivo compulsiva y de neurósis no obsesiva compulsiva, además que reunieran características siguientes: ambos sexos, con una edad que oscila entre los 20 y 45 años y nivel socioeconómico medio.

Otras de nuestras limitaciones fué la de medir únicamente índices de lesión cerebral con un solo test: utilizando como método la revisión de la Adaptación Hutt del Test Gustáltico Visomotor de Bender y no otros estudios paraclinicos como E.E.G., tomografía y mapeo cerebral, en sujetos normales y en los dos grupos ya mencionados.

Además esta investigación se basa en la teoría de Rachman y Hodgson sobre el fenómeno obsesivo compulsivo relacionado a daño cerebral, utilizándose la nomenclatura y clasificación de acuerdo al DSM III.

1.6 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.

1. ESTUDIO COMPARATIVO.- Es el proceso de descubrir y examinar las semejanzas y diferencias existentes entre dos o más fenómenos. (3)
2. INDICE.- Cualquier valor que se considera significativo en las diferencias de clases, es un número compuesto de dos o más números diferentes que incluyen en una sola edición más de una medida. (4)
3. LESION CEREBRAL.- Deterioro de estructura o función de la parte principal del Sistema Nervioso Central que no se debe a los procesos fisiológicos ordinarios. (5)
4. NEUROTICOS NO OBSESIVOS COMPULSIVOS.- Trastorno psíquico caracterizado por ansiedad sin manifestaciones de síntomas obsesivos.
5. NEUROTICOS OBSESIVOS COMPULSIVOS.- Es una neurosis que se caracteriza por la aparición involuntaria y ansiosa en el campo de la conciencia de ideas, creencias, rumiaciones, impulsos, temores o rituales que una vez instalados no pueden ser eliminados. (6)
6. SUJETOS NORMALES.- Cuando no manifiestan ninguna psicopatología. (7)

1.7 NATURALEZA Y ORDEN DE PRESENTACION.

La investigación a sido dividida en cinco capitulos:

En el primero se hace un bosquejo de lo que en si pretende este trabajo, se plantea el problema, se habla de los objetivos y las limitaciones inherentes, así como también se hace una definición de los términos que resultarán básicos a lo largo del trabajo.

En el segundo capítulo se encuentra la historia cronológica del estudio de la neurósis, enfocado principalmente al cuadro que nos atañe que es la neurósis obsesivo-compulsiva.

El capítulo tercero plantea las hipótesis a comprobar, la población y muestra que se ha utilizado, así como la forma de recolección de datos y la descripción del material psicométrico utilizado.

En el capítulo cuarto se encuentran los datos y el proceso estadístico realizado.

Por último, el capítulo quinto presenta las conclusiones y sugerencias.

CAPITULO II
REVISION DE LA LITERATURA.

2.1 HISTORIA DE LA NEURÓISIS.

"El concepto de la neuróisis se comprende a partir de la historia de la medicina. Lo introdujo el médico Escocés Cullen (1710-1790) para distinguirlo de neuritis". (8)

En la Antigüedad griega y romana, las enfermedades mentales como la histeria y la epilepsia, fueron consideradas como casos de posesión de espíritus impuros. Fue así como surgió el exorcismo, permaneciendo durante la Edad Media y ocasionalmente hasta la Época Moderna, siendo ésta la terapia preferencial de la psicosis y de la gran histeria realizado por un sacerdote.

A fines del siglo XIX, el párroco Blumhardt San de Herrnhut declaró poseída por el diablo a una joven histerica y la curó por procedimientos espirituales. Por otra parte, durante la Edad Media, las ideas existentes sobre la posesión diabólica condujeron a las brujas a entregar a la hoguera a las víctimas de una perturbación histerica, ya que se consideraban como señales de brujería. especialmente, las partes insensibles de la piel, que presentaban la mayor parte de las histericas.

Hipócrates, eminente médico de la antigüedad, explicó el padecimiento como una satisfacción sexual deficiente. Mientras tanto Platón, aconsejaba el

matrimonio de inmediato para desaparecer la enfermedad.

"Hipócrates atribuyó los síntomas psíquicos de la histeria a desplazamientos anormales de sangre de los genitales internos hacia arriba".

"Platón desarrolló una teoría de la histeria en base al útero, (Hysteron) que lo describía como un animal ávido de tener niños, por lo que si permanecía estéril la mujer, mucho después de la pubertad, se volvía salvaje y recorría todo el cuerpo; obstruía los orificios pulmonares, produciendo disnea y otros síntomas, hasta que la unión del hombre y la mujer le proporcionaran el fruto anhelado. Cinco siglos después, esta teoría fué reducida por Galeno, excelente médico al demostrar anatómicamente que el útero está fijado a la pélvis por ligamentos".

Posteriormente de haberse atribuido a la histeria trastornos fisiológico-sexuales o psicosexuales, en la antigüedad y en la Edad Media, hasta en parte en la época contemporánea, reinó en general una concepción fisiológica sexual muy tosca de este padecimiento, ya que se creía que la enfermedad era causada por vapores o emanaciones que ascendían del útero al cerebro, lo que se trató de curar los ataques histéricos, mediante la administración de sales volátiles.

A partir de la primera mitad del siglo XIX, se trató de

fundamentar la antigua teoría histerógena de la neurósis. Esta es la explicación de que la historia de alguna manera procede útero (hystera en griego significa útero). Se basaron en los estudios patofisiológicos más modernos y elaboraron la teoría de que la histeria era una neurósis genital refleja, se pensó que las enfermedades del útero y de los ovarios desencadenaban reflejos anormales en el sistema nervioso y se hicieron enormes esfuerzos por curar la histeria con tratamientos ginecológicos. Esta aparición de la teoría genital fué aceptada y celosamente definida por la mayoría de los ginecólogos y neurólogos, hasta fines del siglo XIX. "Ginecólogos como Hegar en Alemania y Hadley en Inglaterra aconsejaban como método de tratamiento preferencial de la histeria la resección quirúrgica del útero y hasta la total extirpación de los genitales femeninos internos".

“Sin embargo, Charles Lepois (Carolus Piso), médico de Enrique II de Francia, había indicado en 1618 que la histeria típica aparece también en el sexo masculino y explicó que la enfermedad como un trastorno cerebral puro. Posteriormente, esta opinión fué poco después confirmada por el famoso Willis y por el gran clínico inglés Sydenham en 1681. Esta teoría revolucionaria no logró imponerse, sino que tropezó con la oposición de la medicina oficial. Desde el punto de vista etiológico de la histeria, Briquet (médico Francés, 1859), señaló en primer lugar la herencia

y la importancia del medio, en segundo lugar el efecto desencadenador de los traumas psíquicos y desaprobó toda conexión con los procesos sexuales que fueron de naturaleza fisiológica o psicológica. A principios del siglo XIX, Braid fué el primero que demostró científicamente la hipnosis mediante impecables experimentos, sin embargo explicó equivocadamente la producción de los fenómenos hipnóticos por emanaciones físicas procedentes del hipnotizador. Un gran paso adelante significó en este aspecto, el trabajo del genial clínico francés J.M. Charcot (1825-1895)". (9) " Demostró que los síntomas de la histeria se encontraban también en el hombre, y que estos síntomas oscilaban de una manera caprichosa que podían ser producidos o extinguidos por medio de la hipnosis". (10)

"Charcot a su vez, define la neurósis como un estado sórdido que tiene evidentemente por asiento el sistema nervioso y que no deja en el individuo ninguna huella visible. En aquella época la anatomía patológica era la única ciencia capaz de objetivar las enfermedades nerviosas y a su desarrollo insuficiente se hacía responsable de la imposibilidad de poner en evidencia las lesiones". (11) Sobre la base de la teoría hipnótica, fué Pierre Janet (1859 - 1908), quien desarrolló una teoría en la cual en los histéricos se dá una especie de "disociación psíquica parcial" que se asemeja a una

desintegración de la personalidad, como consecuencia de una debilidad degenerativa innata de la capacidad de síntesis, que reside en una tensión psíquica deficiente lo que desencadena ideas aisladas e inconscientes que podrían persistir y producir los síntomas de la histeria. En forma semejante, Janet trató de explicar su ingeniosa explicación a la sintomatología de las grandes neuróticas, a las fobias y a la neurótis obsesiva, imaginando que también en estos estados psíquicos mórbidos había ciertos complejos de vivencias o representaciones disociadas de la personalidad total y que al librarse del control consciente, ejercían cierta acción independiente sobre el pensamiento y la actividad.

Janet ve aquí también el fundamento primario del trastorno en una debilidad innata, rara vez adquirida de la síntesis psíquica, es decir, fabricada en una incapacidad constitucional. Lo más valioso de los sencillos trabajos de Janet, fué la de tomar en cuenta por primera vez su psicogénesis.

Posteriormente, una monografía sensacional, publicada en 1895 por los neurólogos vieneses Joseph Breuer y Sigmund Freud con el modesto título de Estudios sobre la Histeria, inauguró una nueva era en el estudio de la neurótis. Estos autores se basaron en el descubrimiento de sus estudios clínicos y profundizaron la doctrina de Charcot sobre la

histeria en puntos esenciales en primer lugar, sustituyendo el trauma físico, mediante la idea de trauma psíquico como factor causal en la formación de síntomas, descubriendo una correlación entre ambos. (12)

El método de exploración inicial mediante la hipérsis, originalmente por Breuer y por Freud, fué el llamado método catártico, que proporcionó nuevos e importantes datos sobre la psicogénesis, observando que los síntomas del paciente desaparecerían a menudo, tras la descarga de intensas emociones durante la hipérsis.

Al proseguir Freud el método de Breuer, tropezó con muchas dificultades, lo que lo condujo a desarrollar una nueva técnica de exploración psicológica de sus enfermos, asegurando que el pensamiento estaba determinado por fuerzas psíquicas que actuaban sobre procesos psíquicos inconscientes que al correr libremente podían hacerse accesibles a la conciencia; fué así cómo aparece la técnica de la asociación libre. Al observar consecuentemente esta regla resultó que eran justamente estos elementos psíquicos inconscientes los que constituían el factor más importante en la formación de síntomas neuróticos; y estas tendencias psíquicas inconscientes eran mantenidas lejos de la conciencia habitualmente por una resistencia más o menos fuerte que se oponía a su aparición en la conciencia. Se trataba, en

efecto, de vivencias de gran descarga afectiva, recuerdos, fantasías y deseos, que en parte se remontaban en la niñez y que casi siempre procedían de la esfera sexual.

Sobre el fundamento de innumerables observaciones clínicas, Freud fue desarrollando diferentes conceptos y técnicas dentro del método denominado psicoanálisis, con el que pudo explorar al paciente sistemáticamente las correlaciones inconscientes que precedían la formación de los síntomas neuróticos.

"Posteriormente, Freud formuló la teoría de los instintos, en la cual aportó el concepto de la ansiedad como causa de la represión, siendo ésta el mecanismo que refrena los impulsos instintivos que amenazan a la persona con la pérdida de amor o la castración simbólica. Según Freud, estos impulsos se reprimen en general de manera incompleta y cuando emergen a la conciencia, provocan ansiedad, lo que induce a la respuesta neurótica". (13)

En 1915, Kraepelin, organizó la literatura de las neurósias en tres categorías: neurastenia, psicastenia e histeria.

Otto Fenichel definió las neurósias, como el resultado de un conflicto entre las exigencias instintivas y las fuerzas defensivas del yo.

El siguiente paso, en el estudio de las neurósias,

partió de la investigación experimental y específicamente del intento de relacionar los estudios de Pavlov con las observaciones clínicas de Freud.

"Como consecuencia de estas investigaciones, quedó claro que los síntomas del comportamiento, comparables a los encontrados en las neuróticas, podían ser inducidos como función directa de las condiciones del entorno. Es decir, sin invocar la acción de fuerzas inconscientes, según Bandura y Walters (1963), estos síntomas neuróticos pueden adquirirse también mediante la imitación y el aprendizaje subsidiario". (14)

En la antigüedad las enfermedades mentales (la histeria y epilepsia) eran considerados como la posesión de espíritus impuros.

A raíz de estos fenómenos nacieron muchas teorías en las que opinan que la histeria es un trastorno fisiológico sexual o psicosexual.

Freud mediante el método del psicoanálisis pudo explorar las correlaciones inconscientes que provoca la respuesta neurótica en un paciente.

Posteriormente partió la investigación experimental sobre el estudio de las neuróticas y por último aparecen los modelos de aprendizaje de Bandura y Walters que opinan que la adquisición de los síntomas neuróticos es por imitación.

2.2 DEFINICIÓN DE NEUROSIS.

"La neurósis es un trastorno mental, sin base orgánica demostrable, en el cual el paciente puede tener una introspección considerable y una apreciación de la realidad no alterada, ya que, en general no confunde sus experiencias subjetivas mórbidas y fantasías con la realidad externa. El comportamiento puede estar afectado en extremo, aunque por lo común permanece dentro del límite socialmente aceptable, pero la personalidad no está desorganizada. Las manifestaciones principales son: ansiedad excesiva, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivo-compulsivos y depresión". (15)

2.3 ESTANDARIZACIÓN DE LA NOMENCLATURA Y CLASIFICACIÓN.

A partir de 1979 que entra en vigor el DSM-III, el término trastorno neurótico es utilizado en el DSM-III sin ninguna relación con un proceso etiológico determinado.

"En el DSM-III los trastornos neuróticos están incluidos en los trastornos afectivos, ansiosos, somatiformes, disociativos y psicosexuales. Estas clases diagnósticas van juntas en la clasificación que DSM-III para facilitar la localización de los trastornos neuróticos". (16)

2.4 REVISIÓN LITERARIA DE LOS TRASTORNOS OBSESIVO COMPULSIVOS.

Las primeras teorías concernientes a estos trastornos se refieren a las formulaciones psicodinámicas desarrolladas por Freud quien explicó la teoría de Janet y conceptualizó la sintomatología obsesivo-compulsiva en términos del inconsciente y en la búsqueda del desarrollo psicosexual en la teoría de la libido.

Para Freud, los síntomas obsesivo-compulsivo los definió como impulsos exigidos del inconsciente y de defensas psicológicas que responden a ellos. Mientras que la teoría psicoanalítica era aplicada a los trastornos obsesivos, el tratamiento era únicamente dirigido hacia la liberación de los síntomas del trastorno que cursaba en la persona; visto que este trastorno implicaba una conducta que se dirigía más allá del consciente o de una preferencia intencionada, fue entonces cuando aplicó el concepto del inconsciente a esas conductas irracionales para poderlas comprender.

El método psicoanalítico trató de esclarecer la motivación de fuerzas ocultas, que antiguamente se creía que se apoderaban de la persona, lo cual para este método consistía en un pensamiento obsesivo que terminaba a través de una conducta compulsiva. Sin embargo, el tratamiento psicoanalítico requirió de una nueva

evaluación y de revisar de una manera más amplia a la etiología y a las concepciones teóricas de estos trastornos.

Así fué como Freud describió el significado de las defensas psicológicas de los estados obsesivos como aislamiento, desplazamiento, formación reactiva y anulación. Sus teorías explicaron los roles de esas defensas del ego y aclaró que los síntomas se situaban de un movimiento regresivo dirigido a un estado pre-edipal de la etapa anal-sádica del desarrollo psicosexual.

La antigua literatura sobre estos desarrollos caracterológicos y neuróticos, fue compuesta de estudios clínicos, por consiguiente las teorías fueron confirmadas, reafirmadas y verificadas por los muchos ejemplos clínicos que buscaban la resolución o modificación de los síntomas.

Dentro del siglo XIX se dieron otras explicaciones teóricas a las obsesiones y compulsiones; se situó a el trastorno primario en la carencia de funciones intelectuales que conducían a dificultades en la asunción de decisiones lógicas y a una exagerada preocupación por ciertas ideas sobrantes de importancia. La otra aclaración, fué acerca del problema básico, que lo definieron como un trastorno en la función de la ansiedad que se encuentra fuera de control y se asociaba a una idea persistente e intensa que obligaba a penetrar en la

atención consciente del individuo.

Posteriormente, en 1903 se publicó el trabajo sobre obsesiones y psicastenia de Pierre Janet, en donde opina que los síntomas del trastorno central surgen de una disminución patológica de la energía mental, lo que produce en la persona una desintegración de las funciones mentales referentes a la voluntad y la atención. La alteración de estas dos funciones, según Janet, incapacitaban el control de pensamientos y acciones en una persona, al percibirse así misma y a su ambiente de una manera realista.

Por medio de este modelo teórico, Janet trató de explicar una variedad de síntomas clínicos que consideraba que se relacionaban: la sensación subjetiva de fatiga mental y de depresión (Psicastenia) las obsesiones, los impulsos y actos compulsivos, las fobias y los ataques de ansiedad.

Durante muchos años hubo pocos retos a los conceptos de Freud, hasta que surgieron los teóricos de modificación conductual en las tres últimas décadas. El interés de estas corrientes terapéuticas fué por acercarse a los elementos cognitivos de los estados obsesivos compulsivos y eliminar algunos comportamientos.

Posteriormente, Sander Rado enfatizó elementos

particulares, tales como la represión de la ira, esencialmente la idea del control de la hostilidad o de los impulsos sexuales inaceptables dominados por esas contribuciones teóricas.

Los psicoanalistas del ego (Horney, Sullivan y más tarde los teóricos del análisis existencial), aportaron los conceptos de seguridad e impotencia para explicar sus teorías sobre estos trastornos, pero la interpretación psicodinámica permaneció. La terapia que siguió a esas teorías, sugirió una experiencia psicoanalítica intensiva para remover la fijación regresiva y liberar la rigidez del superego.

2.4.1 EL CONCEPTO DE OBSESION, SEGUN FREUD.

El término de neurótica obsesiva compulsiva se refiere a una idea o pensamiento inoportuno que despierta una fuerza o impulso persistente, que conduce a un acto compulsivo. Este fenómeno puede ser manifestado en cualquier momento de la vida de una persona.

La obsesión se manifiesta a través de pensamientos, sentimientos, ideas, impulsos o imágenes mentales que se introducen en el conocimiento consciente en contra de la voluntad de la persona. Generalmente, tales pensamientos o sentimientos son extraños a las actitudes usuales del individuo y son experimentados de esencia un poco extraña.

atrocés, desconcertantes, algunas veces repugnantes y aterradoras, pero siempre angustiantes.

Este es un desarrollo intrigante desde el punto de vista de la corriente de libre albedrío y de libertad de preferencia y a pesar de los deseos, anhelos y contrariedades del individuo obsesivo, es forzado por alguna presión interna en lo que concierne a una variedad de experiencias que podrían ser desagradables o atemorizantes.

Varios elementos están invariabilmente presentes en los estados obsesivo compulsivos y constituyen al dinamismo inherente del trastorno.

Incluye

- 1) " La conducta o pensamiento que persiste fuera de la necesidad y de la acción voluntaria.
- 2) La presencia de ansiedad o de angustia somática o causa de la naturaleza ajena al ego de tales pensamientos.
- 3) La coacción ilógica y de naturaleza irracional del pensamiento o del acto".

2.4.2 DINAMICA DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

La estructura de la personalidad obsesiva fué descrita por Freud como ordenada, testaruda, y parsimoniosa. Otros autores la han descrito como obstinada, perfeccionista, puntual, metódica, trivial e inclinada a la intelectualización.

Janet describió la personalidad como rígida, inflexible, carente de adaptabilidad, excesivamente consciente e igualmente persistente frente a obstáculos indebidos.

Según Janet, los individuos obsesivos generalmente se interesan por el orden y la disciplina, son formales, dignos de confianza y tienen un alto nivel de valores éticos. Además son prácticos, precisos y escrupulosos en sus necesidades morales, sin embargo tienen una gran impaciencia e intolerancia a la ansiedad. La presencia del pensamiento mágico o la espera omnipotente de la capacidad mágica de control o la influencia de otros pensamientos es muy común en estos pacientes. Bajo condiciones de estrés o demandas extremas, esas características de personalidad podrían exhibirse dentro de una conducta sintomática que voluntariamente se convierte en ritual.

Afortunadamente, no todos los síntomas de las obsesiones están presentes en un paciente, sin embargo, la

extensión es consistente y universal.

En el individuo compulsivo sus conductas son extremas, raras, muy notables, como es en los rituales menores cuando implican meticulosidad, rigidez, organización y un control en las actividades que están casi siempre presentes, además ejerce un severo control de sus emociones. Así de ese modo se produce un seudotalacer sin afectación. La conducta que presentan estos individuos es inflexible, inespontánea, obstinado, rutinaria y más allá de la necesidad ritual. Esta conducta es una muestra firme de la necesidad de seguridad de garantías y de perfección absoluta.

Notamos en este punto, que ha sido renovado y que en años recientes mostraba un gran interés por las fobias. Aunque algunos autores consideran las fobias fuera de la categoría de los trastornos obsesivos, otros opinan que no es una entidad que se puede separar de estos trastornos.

Los esfuerzos de diversos teóricos en los pasados 25 años, poco a poco se han alejado de los trastornos defensivos o del carácter, como base del concepto de obsesiones y compulsiones, ya que los datos de las corrientes de teorías del condicionamiento y practicantes de la modificación de conducta han explicado el concepto de obsesiones y compulsiones como evitación de respuestas condicionadas que son producidas por el pensamiento y la

conducta (como intento) para minimizar la ansiedad. Estos estudios principalmente la investigación y los esfuerzos terapéuticos por técnicos del condicionamiento y practicantes de la modificación conductual, todos tratan las conductas distorsionadas específicamente las fobias, rituales o pensamientos obsesivos con una variedad de técnicas condicionadas, que incluyen la extinción, control aversivo, inmersión, saturación, modelamiento, intención paradójica y exposición en vivo. Sin embargo, algunos rasgos tales como la postergación, la indecisión y el perfeccionismo son vistos como secundarios.

2.4.3 TEORIAS DE ETIOLOGIA.

Aunque no hay una sola teoría de lo que implica el desarrollo de la personalidad obsesiva, varias teorías han avanzado en la comprensión de este trastorno. Estas teorías pueden ser divididas en dos categorías: la biológica o la teoría genética y las teorías psicodinámicas, la que sigue una línea de descripciones clásicas de la teoría de Freud a la teoría psicoanalítica del ego.

2.4.3.1 TEORIAS GENETICAS.

Varios estudios recientes realizados en los Estados Unidos, opinaron que existía la posibilidad de la presencia de factores genéticos en los trastornos

obsesivos. Siendo más específicos, los estudios hablan de una predisposición constitucional hacia los síntomas obsesivos.

Aunque esas teorías son interesantes y brillantes, creemos que las teorías genéticas ofrecen pocas guías terapéuticas hasta el momento.

2.4.3.2 TEORÍAS PSICODINÁMICAS.

Las teorías psicodinámicas se centran alrededor de dos temas: 1) la agresión y la ira; 2) la lucha por la autonomía entre el crecimiento del niño y la madre.

Esos temas están enfocados en la relación del niño con la madre durante la crianza y el agente cultural, quienes moderan las demandas y esperan el desempeño de lo que podría o no podría estar al alcance de la capacidad del niño.

2.4.3.2.1 TEORÍAS PSICANALÍTICAS ENFATIZADAS EN LA GÉNESIS PSICOSEXUAL.

La teoría más antigua hizo hincapié en la génesis psicosexual (1876) abandonada por Freud cuando cambió sus opiniones por el trauma del rol sexual. Esta teoría sostuvo que las obsesiones eran causadas por una experiencia genital activa durante la infancia en la cual el niño participó y encontró placer.

"En 1913, el concepto anal y de sadismo anal había incluido la idea de que el trastorno obsesivo provocaba impulsos hostiles frente a sus padres. Estos impulsos eran consecuentemente tratados en teoría por la elaboración de defensas obsesivas; por consiguiente, a la idea de aversión y a la falta de armonía del resultado de las conceptualizaciones psicoanalíticas."

"En esta teoría, parecería que la ocurrencia de síntomas obsesivos era por una defensa regresiva a la fase anal sádica en función apropiada a el ego, superego y ello a esa fase. Las defensas del ego de aislamiento, formación reactiva y de anulación predominan en esta teoría".

2.4.3.2.2 TEORÍAS DEL INSTINTO Y DEL EGO.

"Las teorías del instinto y del ego, ven al comportamiento como intrapsíquico e interpersonal. Incluyen la analidad pero la postulan como una situación ambiental muy impoente que interfiere con la fase anal". (17)

2.4.3.2.3 TEORÍAS NEO-FREUDIANAS.

Las teorías Neo-Freudianas, están fuera de los conceptos libidinales de la analidad y se refieren más bien al proceso cultural de un individuo. En esta teoría que no trata la analidad, si toman en cuenta el desafío que surge al temor de sentirse culpable por la lucha entre

la madre y el niño.

El odio fué subrayado por Rado y por otros teóricos como (Sullivan, Horney, Cai y Salzman) quienes postularon que la necesidad del niño de aceptación y de reconocimiento requería de actividades extremas y excesivas. Estos teóricos opinaron que el problema era producto de las demandas exageradas y el extremo control en el desarrollo del niño que conducía a los síntomas obsesivos. El enfoque de odio y desafío a la necesidad extrema de ser aceptado y de ser amado, lo lleva a que mientras, esto último, es la base del trastorno.

Añadiendo a uno de los teóricos (Salzman) se ha concentrado en la necesidad del niño por controlar un poco sus impulsos sensibles al odio, lo que se considera fundamental en el desarrollo de los síntomas obsesivo compulsivo.

2.4.1.2.4 TEORIAS DEL APRENDIAJE.

De acuerdo a la teoría del aprendizaje, las obsesiones y las compulsiones son respuestas condicionadas a la ansiedad provocada por ciertas situaciones. La ansiedad es dada por asociación con situaciones neutrales que producen preocupación obsesiva y que por reducir la ansiedad, provocan conductas compulsivas.

Han sido pocas los sumarios de las formulaciones

teóricas que consideran el trastorno obsesivo en los 25 años estudiados.

Las publicaciones revisadas, arrojan un rango basado sobre modelos conductuales simples que ofrecen poca penetración en la comprensión psicodinámica de este trastorno.

2.4.3.3 NEUROSIS OBSESIVO-COMPULSIVA Y DAÑO CEREBRAL.

El fenómeno obsesivo-compulsivo puede resultar de un daño cerebral o a neuróticas obsesivo-compulsivas, fué después de estudiar historias de casos, por Rachman y Hodgson en 1960, quienes registraron las siguientes características del fenómeno obsesivo-compulsivo relacionado a daño cerebral:

- 1).- "El paciente tiene una historia de lesión, enfermedad o complicación al nacer.
- 2).- La obsesión carece de un contenido intelectual.
- 3).- La obsesión o compulsión no tiene componente intencional.
- 4).- Los déficits asociados, (a deterioro en la memoria o aprendizaje, la inteligencia significativamente debajo de los otros miembros de la familia) y están presentes.
- 5).- Las compulsiones tienen una calidad estereotipada y

mecánica.

4).- "Las compulsiones tienen una calidad primitiva".

"Rachman y Hodgson opinaron que la presencia de lo ya mencionado indica una "Neurósis Obsesivo-Compulsiva Orgánica" psicológicamente y fisiológicamente diferente de la neurósis obsesivo-compulsiva". (18)

Antiguamente se creía que fuerzas ocultas se apoderaban de la persona. En una revisión más amplia de la Teoría Psicoanalítica Freud describe el trastorno obsesivo-compulsivo como una idea o pensamiento inoportuno que despierta una fuerza o impulso persistente que se introduce en el conocimiento-consciente en contra de la voluntad de la persona y eso lo conduce a un pánico compulsivo, debido a una fuerza regresiva a la etapa anal sádica en función a el ego, superego y ello a esta etapa. Además refiere la personalidad obsesiva como ordenada, testaruda y parsimoniosa.

Otro estudioso de estos trastornos fue Pierre Janet en su publicación de obsesión y psicostenia explica que el trastorno central de estos estados es debido a la disminución patológica de la energía mental, lo que produce una desintegración entre la voluntad y atención, incapacitando el control de pensamientos y acciones de una persona rígida, inflexible y carente de adaptabilidad.

Los estudios realizados en las últimas tres décadas de acuerdo a las teorías del aprendizaje, las obsesiones y las compulsiones son respuestas condicionadas provocadas por ansiedad, por lo que se han tratado de eliminar mediante el acercamiento de elementos cognoscitivos.

Actualmente las teorías genéticas refieren que existe un factor constitucional en los estados obsesivo-compulsivos, sin embargo son pocas las guías terapéuticas que se ofrecen hasta el momento.

Las teorías psicodinámicas se centran en la agresión y la ira, y en la lucha por la autonomía entre el crecimiento del niño y la madre, a pesar de los retos que aparecen a la largo de estas teorías, siguen prevaleciendo las teorías psicodinámicas.

Otros estudios recientes hablan de una neurótia obsesivo-compulsiva orgánica que puede resultar de un daño cerebral.

2.5 EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

"En la revisión de publicaciones recientes (1988), encontramos que el médico psiquiatra Kees Hogdwin, realizó interesantes investigaciones (1981) en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Reiner de Graff, en Delft, Holanda, sobre el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo, el cual describe que la neurósis obsesivo-compulsiva se compone por pensamientos obsesivos, ansiedad, tensión y actos compulsivos. Las definiciones y criterios diagnósticos que utilizó este investigador para su estudio fueron dados por el DSM-III".

En el DSM-III, el trastorno obsesivo-compulsivo es clasificado dentro de los síndromes de ansiedad.

Los criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo son los siguientes:

Obsesiones o compulsiones.

Obsesiones.- "Ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que son egodistónicos, es decir, que no son experimentados, como producidos voluntariamente, sino más bien como pensamientos que invaden la conciencia y que son vividos como repugnantes o sin sentido. El enfermo realiza intentos para ignorarlos o suprimirlos.

Compulsiones.- Conductas repetitivas y aparentemente finalistas, que se realizan según determinadas reglas, en forma estereotipada. La conducta no es un fin en sí misma, sino que está diseñada para producir o evitar algún acontecimiento o situación futura. Sin embargo, o bien la actividad no se haya conectada de forma realista con lo que pretende impedir o provocar, o puede ser claramente excesiva.

El acto se realiza con una sensación de compulsión subjetiva, junto con un deseo de resistir a la compulsión (por lo menos inicialmente). Por lo general, el individuo reconoce la falta de sentido de la conducta (esto puede no ser verdad para los niños pequeños), y no obtiene placer en llevar a cabo esta actividad, aunque le procure un alivio de su tensión.

Las obsesiones o compulsiones son una fuente significativa de malestar para el individuo o interfieren su funcionamiento social.

No son debidas a otra alteración mental, tal como la enfermedad de la Tourette, la esquizofrenia, la depresión mayor o los trastornos mentales orgánicos".

2.3.1 EL FENÓMENO OBSESIVO-COMPULSIVO.

De acuerdo al DSM-III, la presencia de pensamientos

obsesivos o compulsiones recurrentes son rasgos esenciales para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo; sin embargo, esto no es en todo lo que un cuadro clínico completo revela.

Se ha observado en los pacientes que sufren de trastorno obsesivo-compulsivo que no sólo muestran ansiedad y sentimientos de pánico, sino también se quejan de depresión y de los problemas relacionados a lo doméstico, o de la ocupación.

El DSM-III, considera que los actos compulsivos no pueden ser independientes de los pensamientos obsesivos.

"Dowson en 1977, llevó a cabo una investigación, en la que incluyó 41 pacientes obsesivos-compulsivos, encontrando que la mayoría de los actos compulsivos estaban ligados a un pensamiento obsesivo, por lo que describió los actos compulsivos como una manifestación física aparente que precede de una actividad física mental".

Refiriéndonos a los pensamientos obsesivos, Dowson concluyó, que no siempre son acompañados por actos compulsivos, como fué en dos casos de los 41 pacientes tomados para su estudio.

"Generalmente es aceptado que los pensamientos obsesivos que provocan ansiedad son reducidos por actos compulsivos.

Rachman S. y Hodgson, R. J. (1980; Foa, E. B. y Tillmanns A. 1980; Emmelkamp P. M. G., 1982)".

"Excepto Rachman S. y Hodgson refieren que la ansiedad provocada por pensamientos obsesivos, debe ser reconocida como una "lentitud obsesiva primaria", que lleva al paciente a gastar más del tiempo normal en sus actividades diarias como es el vestirse o lavarse los dientes. Según estos investigadores, la lentitud que toma la actividad es evidente. (Rachman, S. 1974)".

"En sólo uno de 10 pacientes estudiados, fue observado que la actividad precedía de ansiedad o tensión de cualquier otro tipo. Igualmente en un caso, la disminución de la tensión, era seguida por un acto compulsivo. (Rachman, S. y Hodgson, R. J. 1980)".

Cuando un paciente cursa con un trastorno obsesivo-compulsivo, identifica un evento particular o situación. Por ejemplo, un paciente que teme a la contaminación y demostrar la presencia de rituales compulsivos, como es el de lavarse las manos o la ropa que se va a probar, hace todo lo posible por evitar el peligro de ensuciarse. Esta podría ser la causa por la que el individuo retiene todo lo que sea posible la orina y la defecación por temor a contaminarse con su propia excreción.

Los niños de este tipo de pacientes tienen que

cumplir con toda clase de procedimientos de limpieza antes de que puedan entrar a la casa. Igualmente, es la idea que se presenta al tener visitas en casa, es visto con horror; los visitantes tienen que someterse a la incomodidad de dichas demandas, por lo tanto deciden no volver a visitar esa casa. Así de este modo, la neurósis obsesivo-compulsiva conduce al aislamiento social.

Cuando el paciente no tiene otra ocupación aparte de las actividades diarias del hogar, aumenta su tensión, dedicándose exageradamente a estas actividades como una manera de gastar su tiempo.

Algunas veces para el paciente no es suficiente el tiempo para completar la cadena de comportamientos compulsivos. Por ejemplo, una mujer con hijos en edad de crecimiento, que sufre una compulsión por la limpieza y le es imposible tener un control absoluto sobre los hijos, se centra en una limpieza constante de la casa y ropa. Además, el trabajo del hogar, se extiende hasta altas horas de la noche, dejando al paciente exhausto y desesperado.

Cuando los actos compulsivos no mitigan la ansiedad y la tensión, el paciente puede quedar incapacitado para realizar cualquier acción, por la ansiedad intensa que presenta.

Algunos pacientes no exhiben lo que son las conductas compulsivas porque luchan constantemente con sus pensamientos obsesivos. Sin embargo, la tensión disminuye a través de la experiencia, cuando manejan con fuerza esos pensamientos de una manera particular.

El paciente trata de neutralizar los pensamientos obsesivos a través del significado de otros pensamientos (Rachman, 1974). Algunas veces esto es exitoso. La neutralización del pensamiento es con frecuencia lo contrario del pensamiento obsesivo. Un paciente por ejemplo, que ha manejado la neutralización de un pensamiento obsesivo, lo evita repitiendo cinco veces el pensamiento..

Durante muchos años los rituales cognitivos han sido mal interpretados. La mayoría de la gente los veía y todavía los ven como obsesiones. De hecho, contrarrestan el pensamiento súbito por el alivio de la ansiedad. Fue Rachman en 1978, quien comparó los rituales cognitivos con los actos compulsivos. Definiendo el fenómeno obsesivo-compulsivo como problemático, por lo que abandonó sus trabajos.

Foa y Steketee en 1979, opinaron que los pensamientos, imágenes, y actos que provocan ansiedad son llamados "obsesiones" y la conducta, pensamientos e imágenes que producen la ansiedad, se llaman "compulsiones". (Foa, E.

B. y Tillman A. 1995)".

Estas opiniones parecen un poco artificiales y puede ser mejor seguir a Rachman y hablar de rituales cognitivos.

Según Rachman, algunos puntos deben ser considerados en los pensamientos obsesivos, de los que hace mención: el pensamiento obsesivo provoca ansiedad súbita y es seguido por un sentimiento de pánico. Algunos pacientes que llegan a reconocer este tipo de pensamiento, pueden anticipar el conflicto. En ocasiones, como resultado de la misma experiencia, la ansiedad severa anticipatoria evita quehaceres o situaciones en particular, frecuentemente la ansiedad y la tensión provocada por un pensamiento es directa y masiva.

El pánico y la hiperventilación, por lo general se presentan al estar unidos con el pensamiento. Finalmente, con la ayuda de los rituales, el pensamiento logra una medida de control sobre la ansiedad y la tensión; un factor importante en estos casos es que los pensamientos obsesivos son repugnantes y consecuentemente las verbalizaciones que ocurren son sin sentido.

"En las preocupaciones mórbidas, el contenido de el pensamiento está ligado a problemas reales o a experiencias desagradables. Es menos frecuente que no

coincidan con la personalidad del paciente o con su historia previa. (Rachman E., 1973)". En cambio en los pensamientos obsesivos sucede lo contrario, contrastan con el conflicto habitual de la personalidad, normas e historia previa. (Ego-distancia).

Se ha encontrado que la mayoría de la gente tiene pensamientos obsesivos. "Rachman y De Silva, en 1978, realizaron un estudio sobre la presencia de los pensamientos obsesivos, en 124 personas normales y los resultados fueron comparados con la información recibida de 8 pacientes obsesivo-compulsivos. De las 124 personas normales estudiadas, 104 (84%) presentaron dificultades por tener pensamientos obsesivos durante períodos cortos o largos".

Lo que concluyó de este estudio, es que se pudo separar tentativamente a través de una comparación entre los pensamientos obsesivos y los pacientes que padecen una neurósis obsesivo-compulsiva. La forma y hasta cierto punto el contenido y lo relacionado al estado de ánimo, relativo a la persona, fué comparable en cuanto a resultados.

Se observó que los pensamientos obsesivos no fué fácil que se aceptaran por los pacientes que sufrían de neurósis obsesivo-compulsiva. Además, los pensamientos persistentes fueron experimentados más interesantes en los

pacientes con neurósis obsesiva que las personas normales, provocaron más tensión y fueron más frecuentes. Los pacientes obsesivos se inclinaron más a neutralizar los pensamientos que con frecuencia eran pensamientos obsesivos, acompañados por actos compulsivos. En ambos grupos, los actos compulsivos sirvieron para reducir la tensión.

"Como nota final, 20 de las 124 personas normales estudiadas no presentaron pensamientos obsesivos. (Rachman S. y Hodgson, R. J. 1980)".

El sumario muestra que en la neurósis obsesivo compulsiva reside la ansiedad y la tensión, provocada por pensamientos obsesivos en los que siguen persistiendo la ansiedad y la tensión, la cual reduce los actos compulsivos. Los rituales cognitivos o se cuestionan si es ilfulto reafirmarse valiéndose de un amigo o de un pariente cercano.

"Se han hecho muchos ensayos al clasificar las formas variadas de la neurósis. (Dowson, 1977, Foa, E.B. y Tillmans 1980, Rachman, 1974)".

El problema principal de tales intentos, es que la variedad de formas raramente se agrupan bajo un título. Rachman en 1980 clasificó a los pacientes como los que sufren de compulsión por la limpieza, los que

constantemente tienen duda de lo que ya realizado y los que presentan pensamientos obsesivos únicamente, pero el mismo admitió, que no todos los pacientes están incluidos dentro de una sola categoría. Como es el ejemplo de un paciente con compulsión de limpieza, presenta un pensamiento obsesivo de que su casa no está limpia va a continuar revisándola de que esté limpia. En dado caso, es muy difícil determinar cuál es el aspecto de la neurósis más significativo, y por lo consiguiente bajo qué categoría queda el paciente clasificado. "Hasta hoy, las tentativas en la clasificación son algo desafortunadas. (Foa, E.B. y Steketee, G.S. 1979)".

Cuando a los pacientes obsesivos se les pregunta por la descripción de sus pensamientos obsesivos, parecen tener un tema central, algunas veces expresado en el diagnóstico de su problema.

2.5.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Es importante saber distinguir el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo de un fenómeno compulsivo. Al hablar de sintomatología obsesivo-compulsiva, se tiene que establecer si esos síntomas se toman como síntomas de una neurósis obsesivo-compulsiva o como parte de un síndrome distinto. En último caso, el fenómeno obsesivo compulsivo forma la parte total de un cuadro clínico.

2.5.3 PENSAMIENTOS OBSESIVOS Y PREOCUPACIONES MÓRBIDAS

"En las preocupaciones mórbidas, el contenido del pensamiento está relacionado con problemas reales o experiencias que causan angustia. Casi siempre coinciden con la personalidad del individuo y su historia previa (Rachman, 1973), y es experimentado como de esencia ego-sintónica".

El contenido de pensamientos obsesivos reflejan conflictos, principalmente con las normas de personalidad e historia previa que es experimentada como distónica. Las preocupaciones mórbidas tienen una base racional y los pacientes no intentan reprimirlos, como lo hacen con los pensamientos obsesivos.

Las preocupaciones mórbidas cubren toda clase de temas comunes, tal como la preocupación económica y los problemas relacionados con la educación o el trabajo. El paciente con pensamientos obsesivos puede estar preocupado todo el día, por cualquier cosa que pase por su mente. La ego-sintonia es el principal criterio diagnóstico en las preocupaciones mórbidas.

2.5.4 NEUROSIS OBSESIVO COMPULSIVA Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD OBSESIVO-COMPULSIVA,

Es importante notar que estas enfermedades no son transitorias, sino enfermedades permanentes que

eventualmente conducen a problemas sociales u ocupacionales y de angustia subjetiva. El problema en el diagnóstico, es que los pacientes que padecen de dicho trastorno de personalidad, frecuentemente también se quejan de tener una neurdsis obsesivo-compulsiva.

Criterios para el diagnóstico de trastorno compulsivo de la personalidad de acuerdo al DSM-III.

Por lo menos hay cuatro de las siguientes características del funcionamiento actual y a largo plazo del individuo, que no se encuentran limitadas a episodios de enfermedad y que causan o bien una incapacitación significativa del funcionamiento social o laboral, o bien considerable malestar subjetivo.

1) Capacidad restringida para expresar emociones cálidas y tiernas: por ejemplo, el individuo es extraordinariamente convencional, serio, formal y rígido;

2) Perfeccionismo, que interfiere con la capacidad para tener una idea general de los asuntos: por ejemplo, preocupación por los detalles triviales, las normas, las órdenes, la organización los programas y las listas;

3) Insistencia en que los otros accedan a efectuar las cosas tal como uno quiere y falta de conciencia de los sentimientos que esta conducta provoca: por ejemplo, un marido puede insistir tenazmente en que su mujer haga

recados para él, independientemente de los planes que ella tenga;

4) Excesiva devoción al trabajo y a la productividad, con exclusión del placer y del valor de las relaciones interpersonales;

5) Indecisión: la toma de decisiones se evita, se pospone o se retrasa quizá debido a un miedo irracional de cometer equivocaciones; por ejemplo, el individuo no puede cumplir sus obligaciones con el tiempo adecuado, debido a que se preocupa por "minuciosidades".

3.5.5 DIFERENCIACION DE UNA NEUROSIIS OBSESIVO COMPULSIVA DE OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

En primera instancia, los síntomas de la neurosis obsesivo-compulsiva pueden ser fácilmente distinguidos de otros trastornos de ansiedad.

Aunque el paciente con un trastorno obsesivo-compulsivo frecuentemente sufra de experiencias de ansiedad y sentimientos de pánico, el criterio diagnóstico del DSM-III facilita la distinción temprana.

De manera semejante, en los trastornos obsesivo-compulsivos es frecuentemente la evitación de situaciones determinadas que se encuentran asociadas con la ansiedad respecto a la suciedad o a la contaminación. En ninguno de

estos casos debe de establecerse el diagnóstico de fobia simple.

Una diferencia importante entre el paciente fóbico y el neurótico obsesivo-compulsivo es el suceso o falta de evitación del comportamiento que trae alivio.

En otras palabras la evitación del comportamiento nunca es tan efectiva para el paciente obsesivo-compulsivo como es para el fóbico. Debido a la ansiedad, el individuo fóbico intenta obtener información antes de entrar en situaciones en las cuales pueden encontrarse con el estímulo fóbico.

2.3.6 NEURÓTICISMO OBSESIVO-COMPULSIVO Y ESQUIZOFRENIA.

Es importante hacer una distinción entre el contenido de pensamientos obsesivos y el contenido de delirios. Los pensamientos obsesivos son experimentados como ego-distónicos, estos son producidos voluntariamente, si no más bien como pensamientos que invaden la conciencia y que son vividos como repugnantes o sin sentido. El enfermo realiza intentos para ignorarlos o suprimirlos ya que estos lo estresan.

Sin embargo el contenido de un delirio es ego-sintónico, el paciente está convencido de su razón.

Rudzen hizo una distinción entre delirios primarios y

secundarios, en los delirios secundarios representan un esfuerzo para el paciente al ordenar las experiencias psicóticas.

2.5.7 NEURÓISIS OBSESIVO-COMPULSIVA Y EL SÍNDROME DE LA GILLES DE LA TOURETTE.

Montgomery encontró en 10 de los pacientes con neurósis obsesivo-compulsiva sufren de el síndrome Gilles de la Tourette. La neurósis obsesivo-compulsiva y la combinación de tics ocurre con bastante frecuencia.

El diagnóstico del síndrome de la Gilles de la Tourette presenta pocos problemas.

Los múltiples tics, tics vocales, acompañados de expresiones obscenas son suficientemente usuales. Cuando no hay un desarrollo total, pero el síndrome de tic transitario o el síndrome motor crónico se combina con el fenómeno obsesivo-compulsivo, el diagnóstico dependerá de la severidad de lo último.

2.5.8 NEURÓISIS OBSESIVO-COMPULSIVA Y DEPRESIÓN.

Casi siempre los pacientes obsesivo-compulsivos, excepto esos clasificados por Rachean, presentan síntomas de depresión. Este fue el caso en siete de ocho pacientes que consecuentemente refieren de sufrir compulsión por la limpieza, cuatro de ocho pacientes han sido diagnosticados

como depresión referida.

El diagnóstico diferencial está determinado como el fenómeno depresivo que puede haber sido como el desarrollo de un episodio depresivo mayor como aparece en el DSM-III. Aquí no es necesario detallar acerca de las características de una depresión psicótica, pero es muy importante separar de este grupo a la neurósis obsesivo-compulsiva; no existe la mínima razón para sujetarse a las consecuencias de un tratamiento terapéutico.

Uno de los grandes problemas de diagnóstico en esta área es el hecho de que los pensamientos obsesivos también, pueden presentarse en casos de depresión severa.

Vaughan encontró que en un número de pacientes depresivos, los pensamientos obsesivos preceden al período depresivo. De 168 pacientes encontró 24 con pensamientos obsesivos, 13 ya habían tenido antes de que se originara la depresión. En 11 pacientes los pensamientos obsesivos surgieron en el período depresivo.

Gittelson notificó que de 298 pacientes que padecían depresión severa (depresión psicótica) 124 (41.6%), también habían tenido pensamientos obsesivos antes y al mismo tiempo de la depresión. En 13 pacientes la obsesión cedió, cuando inició la depresión, otros 85 (28%) pacientes sufrían de depresiones y obsesiones al mismo

tiempo. En 39 de esos 85 padecimientos las obsesiones habían precedido las depresiones, en 46 el origen de la depresión y los pensamientos obsesivos coincidieron".

"Estudiando los pensamientos obsesivos pre-depresión de 52 (13+39) pacientes. Gittelson encontró que los pensamientos obsesivos de solo 2 (4%) pacientes fueron de naturaleza homicida y suicida. Al inicio marcado de la depresión se incrementó la incidencia de tales pensamientos. Los pensamientos obsesivos de naturaleza agresiva fueron encontrados en más de la mitad de 124 pacientes depresivos con pensamientos obsesivos".

"Los pensamientos obsesivos agresivos de naturaleza homicida o suicida fueron 12 veces más prevalentes en pacientes con depresión y con pensamientos obsesivos que en pacientes con solamente neurósis obsesivo-compulsiva (31% y 4%) respectivamente". (19)

Dentro de los avances, la frecuencia de pensamientos obsesivos en pacientes depresivos concluyó Gittelson, que esos pensamientos fluyen durante el curso del día en la mente del estado depresivo. Así la ocurrencia de los pensamientos obsesivos temprano por la mañana, disminuyen durante el día, parecería implicar la depresión, como en la neurósis obsesiva, que hay un incremento en el progreso del día.

Cada vez más los pensamientos obsesivos de naturaleza agresiva también implican depresión.

2.6.- INVOLUCRACION DEL CINGULO EN TRASTORNOS OBSESIVO COMPULSIVOS.

Se evidencia que el cíngulo localizado en el área media del cerebro, casi en el dorso del cuerpo calloso, está involucrado en los trastornos obsesivo-compulsivos.

"Grey Walter (1979), teorizó que la hiperactividad del cíngulo lleva a una conducta compulsiva. Reportó el caso de un profesor universitario, el cual se sentía obligado a confesar todos los crímenes que se suscitaban en su localidad y el cual fue curado de una pequeña lesión quirúrgica en el cíngulo".

"Tatarsich (1973) reportó estudios en los cuales, movimientos repetitivos estereotipados similares a los rituales compulsivos, fueron inducidos por la estimulación eléctrica en la región cingular en 32 epilépticos resistentes a drogas, a quienes les tenían electrodos implantados, como prueba para localizar focos convulsivos removibles quirúrgicamente".

Algunas de las evidencias más imponentes de que el cíngulo esta involucrado en los trastornos obsesivo-compulsivos, provienen de la literatura psicoquirúrgica. "Revisando 172 casos, Lewin (1972), unió regiones

frontales orbitarias a enfermedades afectivas y el giro del cíngulo a trastornos obsesivo-compulsivos; citó ejemplos de depresión mixta y de estados obsesivos, que al unirse se transformaron en lesiones secuenciales en región frontal y en el cíngulo".

"Como a principios de 1952, Whitty, CMM Guffield Jr., Tom PM, Le Beau J; demostraron que las lesiones del cíngulo no produjeron cambio en psicóticos, pero auxiliaron a los estados de ansiedad. Mitchell Hoggis (1976), reportó que la cirugía consistió en dos pequeñas lesiones en cada cíngulo y tres en cada lóbulo frontal medial. Resultando en definitiva el 87% de 27 pacientes severamente obsesivos con mejoría clínica".

"Desde 1936, 1937, Moniz fue de los primeros que demostró que un procedimiento neuroquirúrgico, podía ser efectivo al utilizarlo en el tratamiento de trastornos mentales; estimó que aproximadamente cincuenta mil pacientes, sólo en Norteamérica, recibieron formas variadas de tal tratamiento (Miller, 1948)".

"Recientemente, Tippin and Henn (1982), reportaron que cinco pacientes severamente obsesivos, mejoraron (1 en remisión total), después de una leucotomía modificada entre 2-3 centímetros mediales de la sustancia blanca, entrando en ataque el giro cingular al ser removido. Este procedimiento actúa a través de la descripción del

tractotalismo frontal. (Greenblatt M. Soloway y Hess WL)".

2.4.1 DISCUSION.

aparentemente los trastornos cerebrales están asociados, por lo menos, con algunos de los casos de los trastornos obsesivo-compulsivos. El hecho de que un trastorno obsesivo-compulsivo, sea refractario a maniobras terapéuticas, pero que responda a ciertos medicamentos y a técnicas quirúrgicas, lleva a apoyar una hipótesis neurológica para los trastornos obsesivos-compulsivos.

Las evidencias de los estudios electroencefalográficos y los procedimientos de la lesión quirúrgica, indican la implicación en estructuras en el sistema límbico. "Algunos pacientes no solo tienen hallazgos electroencefalográficos, consistentes con epilepsia de lóbulo temporal, sino también un síndrome descrito por Murray (1981)".

Este síndrome incluye variabilidad afectiva, irritabilidad, religiosidad, hiposexualidad, viscosidad, hipergrafía y excesos concernientes a cuentas triviales. "Bear y Sedio (1977), estudiaron 48 epilépticos del lóbulo temporal, reportando que algunos mostraron un índice alto de medidas obsesivas, viscosidad, emocionalidad y tristesza, que podían distinguirse esas características de los controles normales".

El uso de anticonvulsivantes en pacientes con trastornos obsesivo-compulsivos amerita un estudio futuro.

Quizás, si las anomalías del lóbulo temporal son detectadas tempranamente, en el curso de la enfermedad puedan ser controladas por anticonvulsivantes, con subsecuente mejoramiento o resolución de los síntomas clínicos.

Se sabe desde hace tiempo, que las convulsiones en el lóbulo temporal pueden dañar estructuras cerebrales irreversiblemente. El electroencefalograma, podría ser empleado como parte de la búsqueda inicial del trastorno obsesivo-compulsivo y puede ayudar a ejecutar un ensayo con anticonvulsivos, si se demuestran anomalías. Aunque las descargas epilépticas temporales puedan ser esporádicas, es posible que un verdadero trastorno convulsivo, pueda estar mal logrado por un trazo único del electroencefalograma.

La posible interrelación entre el trastorno obsesivo-compulsivo, epilepsia del lóbulo temporal y el cíngulo permanece a lo largo de una especulación. Sintomáticamente, los estados obsesivos-compulsivos son tipificados por repeticiones y fijaciones de aspectos y acciones. No parece irrazonable considerar la hipótesis, que tales estados clínicos reflejan actividad neuronal repetitiva o fija en un proceso fisiológico, el cual es

supuestamente una propiedad normal de una u otra neurona o de los enlaces neuronales (Bricker RM Rosen AA, Munro R., 1940).

"Papet (1937) intentó explicar la emoción sobre una base anatómica, describiendo un circuito, el cual incluye parte del lóbulo temporal y el giro del cíngulo. Consideró al cortex del cíngulo, como la región receptiva de impulsos del giro cingular a otras regiones corticales, agregaban colorido emocional a los procesos psíquicos".

"Teorizó que este circuito puede ser reverberatorio y puede ser posible que los impulsos circulen continuamente y sean reforzados, causando una experiencia emocional intensificada o quizás, una "lesión" en el circuito de algunos pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo". (20)

2.7 NEUROSIS OBSESIVO-COMPULSIVA PRECEDIDA POR UN TRAUMATISMO CRANEAL.

UN REPORTE DE CUATRO CASOS.

El desarrollo de síntomas obsesivo-compulsivos dentro de las 24 horas, posterior a un traumatismo craneal, contrasta marcadamente con el inicio de ataques a los 6 meses, posterior a otros eventos que no son traumatismo craneales (McKeon, 1984) en los cuatro casos revisados, el incremento emocional en forma de ansiedad o agitación, fue

reportado después de un traumatismo craneal, precedido por el ataque de obsesiones. También es importante hacer notar, que sólo uno de los cuatro casos tuvo una personalidad preérbida anormal y, esto fue causado como medio obsesional. "En esto, difirió la frecuencia de rasgos de personalidad anormal de otra serie de pacientes obsesivos (Ingram, 1961; Pollitt, 1960; McKeon and McGill, 1962)".

Esas observaciones sugieren que el traumatismo craneal puede ejercer un papel patógeno, ya sea como un stress percibido y por un posible mecanismo físico que puede primero producir un aumento en la excitación emocional, antes de las obsesiones.

"El hallazgo de tres de 25 casos (McKeon, 1964), se desarrollaron por neurósis obsesivo-compulsiva, podría ser fortuito, pero los números son pocos, como para llegar a una conclusión que explique la proporción de los trastornos obsesivos por lesión craneal".

"Sin embargo, las semejanzas en el curso del tiempo, el buen ajuste preérbido de esos casos, así como 50 veces el incremento de la frecuencia de estos trastornos, entre sujetos con traumatismos craneal severo, (Millham, 1960; Lisman, 1960), comparados con estimulaciones para la población general (Pollitt, 1957; Ingram, 1961, Registro

General, 1964), proponen que hay más de una oportunidad de relacionar la enfermedad y el evento que precedió. En los gemelos dicigóticos se observa que el varón no tiene ninguna lesión genéticamente de idéntico control que refuerce esta proposición". (21) Tal vez, debe ser concluido, que los traumatismos craneales sean probables contribuidores al desarrollo de la neurósis obsesivo-compulsiva, aunque es inusual, mas craneales sean probables contribuidores al desarrollo de la neurósis obsesivo-compulsiva, aunque es inusual, no es un contribuidor, cualquiera que sea el mecanismo de esta contribución, si traumatismo craneal es de alguna manera cualitativamente diferente de otros eventos mayores en la vida no específicos.

2.8 LA IMPULSIVIDAD EN PACIENTES OBSESIVOS-COMPULSIVOS.

En el presente estudio se presentó un subgrupo de pacientes obsesivo-compulsivos, quienes mostraron un promedio alto de impulsividad. Se encontró que este grupo sufrió más disturbios durante su infancia, que un grupo de pacientes obsesivo-compulsivos no impulsivos.

Además, se pudo observar en los pacientes impulsivos más alta estima en neuroticismo a través de varios niveles de medición, lo que indicó más psicopatología en impulsivos, que en pacientes no impulsivos.

En la escala de la Historia de la Infancia indica el incremento de la vulnerabilidad que se manifiesta a través de un aumento en la incidencia de varias enfermedades mentales, en la vida adulta.

"La disfunción cerebral mínima ha sido asociada con trastornos de carácter impulsivo, en los que aparecen prematuramente el alcoholismo, déficit de atención, labilidad afectiva, baja tolerancia del stress y un incremento en la incidencia de la psicosis (Gomez, 1981; Morrison, 1979; Guithin y Klein 1969; Guithin, 1976; Tarter, 1977; Mender, 1981)".

Centro de un estudio integrado por una población con ansiedad clínica se encontró en estos pacientes resultados significativos en la escala de la Historia de la Infancia. Mostraron más síntomas somáticos severos, más ansiedad y más depresión que los pacientes con calificaciones normales.

Sin embargo, hay una asociación descrita por coincidencias previas, que los disturbios de la infancia y síntomas obsesivos-compulsivos, son subsiguientes.

En comparación al grupo de los impulsivos, el grupo de los no impulsivos, mostraron muy pocos disturbios en la infancia temprana, subsiguientemente este grupo desarrollo más síntomas circunscritos que el grupo impulsivo. Por lo

tanto, las obsesiones y los rituales perturbaban y provocaban ansiedad. El grupo de los no impulsivos, mostraron más pocos síntomas somáticos que el grupo de impulsivos.

Es necesario hacer una advertencia sobre la interpretación de los resultados, en la escala de la Historia de la Infancia, ya que es retrospectiva y por lo consiguiente, sujeta a distorsión. Además, el número de ítems en la escala describen los síntomas del incremento de la ansiedad y la mala aceptación social, lo que ocurre con frecuencia en pacientes con un trastorno de déficit de atención, aunque se da el caso de que también ocurren independientemente.

En estudios anteriores a esta, se vieron en la necesidad de clasificar el grado mayor de la escala de la Historia de la Infancia, que es subsiguiente al deterioro del dominio de sí mismo y que está relacionado a disfunción orgánica cerebral, o por lo contrario, a las influencias ambientales tempranas o a la combinación de ambas.

Las propias clasificaciones de la escala, como también la Historia Psiquiátrica, fueron una contradicción en cuanto a las expectativas de los investigadores, como fué el querer controlar la conducta impulsiva, sin tomar en cuenta la revelación de los riesgos de ansiedad. Esto

fué en el grupo de los no impulsivos, a quienes clasificaron significativamente más abajo el rasgo de ansiedad, durante el principio de los 20 años; sin embargo, los pacientes impulsivos mostraron un estado muy ansioso durante los 10 y antes de los 20 años, mostrando un mínimo control del dominio de sí mismos durante ese período. Después de esto, predomina el temor por la pérdida de relaciones, tales como un buen matrimonio, la familia, satisfacciones en el trabajo o por reconocimiento social; estos fueron motivos que encaminaron a ejercitar el control de sí mismos, sin embargo, el dominio del control de sí mismos recayó intermitentemente. Estas recaídas fueron moderadas y no causaron perjuicio social, pero fueron trastornando a los pacientes.

Los síntomas obsesivo-compulsivos del grupo de los impulsivos, se relacionó más a las situaciones reales de la vida, que en el grupo de los no impulsivos, ya que los síntomas se inclinaron a ser más independientes del origen, presentándose bajo todos los tipos de stress.

Walker (1937), describió las diferencias entre rituales compulsivos y rituales normales, los cuales son desempeñados para aliviar la ansiedad. Los rituales normales, según Walker, son únicamente efectuados algunas veces y se refieren a objetos de peligro potencial, mientras los rituales obsesivos son ejecutados una y otra

ves, y con frecuencia están relacionados con temas insignificantes. Además, la ejecución del ritual normal, reduce la ansiedad y los rituales obsesivos, no". (22)

Algunas rumiaciones obsesivas y actos compulsivos de los pacientes impulsivos, estudiados aparentemente quedaron entre los rituales normales y los rituales obsesivo-compulsivos. Al principio, parecían estar relacionados en la realidad y a un origen, pero finalmente llegaron a ser independientes y perdieron su función original. Sin embargo, otros síntomas obsesivo-compulsivos estuvieron exentos de manifestar un enlace con los actos impulsivos.

3.3 EVALUACION CRITICA.

Definitivamente, cuando se estudió la literatura que podría documentar esta Tesis, se captó de inmediato el desequilibrio que existía sobre Puentes de Consulta antiguas, inclusive lo escaso de estas para aportar un criterio más definido.

Como se habrá observado, los conceptos particulares y generales que los autores de la época griega, la romana, la Edad Media y de la Contemporánea, llegaron a conclusiones disímiles, pero todos ellos presentan investigaciones profundas, sujetas al momento en que se desarrollaron. La disciplina se transluce en llegar a la aportación de literatura que sirviera de base al tratamiento de los trastornos, motivo de este Trabajo, y es lo que se evalúa concretamente.

En la actualidad, con el apoyo del DSM-III (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), la Neurofisiología ha alcanzado un equilibrio provechoso para los pacientes.

Ahora bien, la psiquiatría universal se encuentra estimulada por los medios modernos de comunicación, como podrían ser: revistas especializadas, articulistas con renombre; la comunicación estrecha entre diferentes Asociaciones Psiquiátricas, Seminarios y Convenciones,

además -afortunadamente- una penetración hacia el público en general, lo que es la profesión y creando así, una concientización clara como recurso para solucionar sus problemas y paulatinamente (esa misma comunicación) ha destruido los "tabúes" que han girado siempre en torno de la psiquiatría.

El profesional en la materia, cuenta con verdaderos recursos de actualización y de fácil acceso.

2.10 CONCLUSIONES.

Después de lo apartado en este Capítulo (II), donde se han mencionado diferentes puntos de vista sobre la literatura existente, por medio de los libros, revistas, reportajes, artículos y periódicos, entre otros, y entrando específicamente a la especialidad que estamos esbozando en esta Tesis (Pacientes Neuróticos Obsesivo-Compulsivos, Neuróticos No Obsesivos y Sujetos Normales), nos da por resultado que el funcionamiento del sistema nervioso está ligado a la vía psíquica y, por lo tanto, los estudios neuropsicológicos en estos casos podrían aportar un conocimiento más amplio sobre el tema.

CAPITULO III
METODOLOGIA

3.1 POBLACION Y MUESTRA.

La población total de nuestro estudio está constituida por 75 sujetos de ambos sexos, de nivel socio-económico medio y de una edad que oscila entre los 20 y 45 años, distribuidos en los tres grupos siguientes:

Grupo A) 15 Neuróticos obsesivo-compulsivos.

Grupo B) 30 neuróticos no obsesivo-compulsivos.

Grupo C) 30 Sujetos Normales.

La muestra fué tomada de acuerdo a la población total, así de esta manera se eligió el número total de pacientes y sujetos que la representa de manera confiable. Ninguno de los sujetos de los tres grupos tenía estudio neurológico.

Para la selección de elementos o unidades con características particulares representativas de cada grupo, se utilizó el método de muestreo intencional.

3.2 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.

De acuerdo a la revisión bibliográfica se plantearon las siguientes hipótesis:

H₀: No existe diferencia significativa de índices de lesión cerebral entre pacientes obsesivo-compulsivos, neuróticos no obsesivo-compulsivos y sujetos normales.

H₁: Si existe diferencia significativa de índices de lesión cerebral en pacientes obsesivo-compulsivos que en neuróticos no obsesivo-compulsivos y sujetos normales.

Estadísticamente esta hipótesis se expresa de la siguiente manera:

$$H_0: Lc1 = Lc2 = Lc3$$

$$H_1: Lc1 \neq Lc2 \neq Lc3$$

Lc1 = Índices de lesión cerebral en pacientes obsesivo-compulsivos.

Lc2 = Índices de lesión cerebral en neuróticos no obsesivos.

Lc3 = Índices de lesión cerebral en sujetos normales.

3.3 RECOLECCION DE DATOS.

El presente estudio tomó como punto de partida la valoración cuantitativa de los índices de lesión cerebral estipulados por el Test Cuantitativo Visomotor de Bender, en base a la adaptación de Max L. Kutt.

En dicho estudio, se incluyeron tres grupos de ambos sexos, de nivel socio-académico medio y de una edad que oscila entre los 20 y 45 años.

Mediante el proceso de análisis de expedientes clínicos que datan de 1984 a 1986, se seleccionó a los dos primeros grupos con diagnóstico preestablecido por la historia clínica psiquiátrica de: neurdeis obsesivo-compulsiva y neurdeis no obsesivo-compulsiva, los cuales tenían el tipo de valoración requerida para nuestra investigación, y de igual manera los sujetos normales.

El tercer grupo comprende a los sujetos normales, los cuales fueron aspirantes a la residencia de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Japapan, Jalisco, que no manifestaran psicopatología. Para asegurarlo se llevó a cabo una entrevista con el jefe inmediato de la institución mencionada, tomando los siguientes criterios: conocimientos de sí mismo, estimación propia, sentimientos de seguridad, capacidad para aceptar y dar afecto, capacidad para ser productivos

y felices, y manejo adecuado de atención.

Cabe mencionar que la revisión de expedientes clínicos se realizó en los archivos del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Irapuato, Jalisco y en el Centro Integral de Psiquiatría y Psicología de Guadalajara, Jalisco.

3.4 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

TEST GUSTALTICO WISCHNATOR DE BENDER.

En busca de medidas objetivas para detectar la presencia de índices de lesiones intracraneanas en los estados obsesivos-compulsivos, dentro del trabajo que nos ocupa, se consideró de importancia utilizar un instrumento en particular como es el test de Bender que nos permite que la probabilidad de los hallazgos nos pongan en mejores condiciones de servir al paciente.

FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS.

En 1944, Max L. Hutt consideró el test de Bender como "un suplemento clínico valioso para detectar los posibles efectos de lesiones cerebrales orgánicas y sus posibilidades para la detección proyectiva de la personalidad. "Siendo Hutt miembro del ejército norteamericano y estando agregado a la unidad de Higiene Mental en Fort Monmouth, estado de Nueva Jersey, y al Hospital General England, de Atlantic City, en el mismo estado ya mencionado, realizó el uso "experimental" de estos dibujos con una amplia variedad de pacientes militares".

En 1945 fué nombrado instructor superior del programa de Psicología Clínica para oficiales de adjuntos del Estado cursos de teoría y técnicas proyectivas. Así fué

como consideró útil el test gustáltico de Bender entre los métodos proyectivos que podrían ser empleados. A través de sus estudios comprobó que la técnica del test prosiguió caracteres únicos que prometían ser de valor para tales propósitos. Era simple y rápida de administrar, útil para la amplia variedad del personal militar que difería mucho, tanto en educación y experiencia cultural como en características de la personalidad, considerando que era especialmente indicado para detectar los posibles efectos de lesiones cerebrales orgánicas.

Hull en 1940 no conforme con estos hallazgos sugirió que deberían ser verificados por medio de mucho más trabajo clínico y de investigación.

"Siguió luego un muy rápido crecimiento el uso de estos procedimientos y sus modificaciones. Antes de 1945 no era una prueba muy usada por los psicólogos clínicos. En 1946 figuraba en 54vo. lugar de popularidad, mientras que en 1960 figuraba en el 1er.lugar".

"Dos años más tarde Schilberg y Tolor informaron que el 95% de los clínicos experimentados usaban el "test" y que cuatro de cada cinco creían que tenía valor en la práctica clínica. Antes de 1945, sólo había un pequeño número de trabajos en relación con este procedimiento, en su mayor parte obra de Bender. Alrededor de 1960 habían

aparecido más de 300 publicaciones adicionales, incluyendo trabajos clínicos, informes de investigación sobre hallazgos de diversos métodos de administración, evaluación y sobre estudios específicos de validación y resúmenes de las publicaciones".

En 1946 Bender publicó su manual para el uso clínico del "test". Al mismo tiempo permitió que se editaran sus formas de las figuras del test. La forma dada por Hutt a estas figuras se agotó al finalizar la segunda guerra mundial, pero se hicieron nuevamente accesibles en 1960, con la publicación del volumen Hutt y Briskin.

El primer intento de medición objetiva del Bender Gestal fue presentado por Billingslea (1948). Su método de puntaje incluía el análisis minucioso de lo que él llamó "Factores" o "índices", estableciendo 137 índices en total. Y aunque existen objeciones acerca de sus grupos de referencia y de sus hallazgos clínicos, este investigador dio la pauta para futuros estudios.

"Pascal (1950) y más tarde Pascal y Suttel (1951), desarrollaron un sistema de medición objetiva, basado en un puntaje global que representaba el grado de psicopatología, y dió muy promisorios resultados y estimuló una cantidad considerable de investigaciones por parte de otros. El método de medición de Pascal, así como el de Billingslea, está influenciado por el pensamiento y

la enseñanza de Hutt". (23)

"Hutt (1951; 1960 y 1963) publicó sus descubrimientos estadísticos de Bender como test proyectivo, fueron probados por criterios de diagnóstico clínico a largo plazo sobre evaluaciones por terapeutas de la evolución del paciente". (24)

APLICACIONES CLÍNICAS DEL TEST GESTÁLTICO DE BENDER.

De acuerdo a la opinión de Hutt, los test psicológicos deben ser usados solo donde haya una aplicación clara y funcional de los mismos. Desde este punto de vista, debemos tener en cuenta las siguientes categorías o clases de personas para las cuales - la "Adaptación Hutt del test gestáltico de Bender" podría ser beneficioso para nuestro estudio.

Categoría I. "En esta categoría se reclutan aquellos pacientes cuyo comportamiento verbal no ofrece un muestreo adecuado de las capacidades y deficiencias de su personalidad, aun cuando pueden usar medios verbales de comunicación con gran eficacia". En primer lugar, esta categoría incluye aquellos cuyas defensas verbales son tan fuertes o están tan arraigadas que su comunicación sirve de fachada, por ejemplo el intelectualizador obsesivo o el fácil racionalizador verbal. Pueden parecer, en la superficie, mucho mejor integrados de lo que realmente

son. En todas esas instancias las muestras de comportamiento derivadas exclusivamente de los test verbales pueden llevar a hallazgos distorsionados.

Un subgrupo especial de los individuos que entran en esta categoría consiste en los que se fingen enfermos. Esas personas pueden tratar de mostrar una apariencia de mayor enfermedad que la real, tanto por razones conscientes como inconscientes. Al aplicar un test no verbal a esas personas, se les priva de sus defensas habituales de carácter intelectual-verbal y se les coloca en situación de revelar mejor los aspectos superiores e inferiores de sí mismas que de otra manera podrían oscurecerse.

Categoría II. "Esta categoría comprende los individuos que no pueden o no quieren aportar una muestra adecuada de la conducta verbal para el diagnóstico. Hay varios subgrupos dentro de esta categoría, con características diferentes". Están aquellos cuya conducta verbal está considerablemente disminuida. También están aquellos que muestran retraimiento en toda su conducta interpersonal como son los catatónicos o los individuos con inhibición esquizoide. A veces, en los casos que involucran ansiedad intensa, crónica o aguda, el comportamiento verbal puede estar afectado. En estos casos la muestra del comportamiento verbal es insuficiente para

propósitos evaluativos, y por otra parte es difícil estimar con test verbales la severidad de la enfermedad y las áreas de conflicto.

Categoría III. "Esta categoría incluye a individuos que sufren de patología intracraniana. Excepto en ciertas circunstancias, es difícil evaluar mediante muestras de comportamiento verbal si existen o no lesiones cerebrales en pacientes de los cuales se sospechan tales deterioros". El comportamiento verbal puede estar menos afectado por esas lesiones o puede revelarlas solo cuando la condición se ha deteriorado seriamente. Hay muchos casos que no se pueden descubrir fácilmente mediante los procedimientos de rutina en el diagnóstico neurológico. En estos casos, los test de tipo Bender Gestalt pueden ser altamente útiles para poner de manifiesto la posibilidad de lesiones orgánicas. Además son útiles para estimar el tipo o el grado de cambio que puede ocurrir como resultado del tratamiento de cirugía.

Categoría IV. "Esta categoría corresponde a los individuos mentalmente retardados. El diagnóstico de retardo mental ha sido demostrado por Hutt y Gibby en 1965. este grupo se caracteriza por una privación cultural; de moderada a severa". Los test de inteligencia verbales no son válidos para predecir la potencia intelectual, puesto que carecen de habilidades verbales y

de logros escolares en estos casos.

La adaptación Hutt del test guesáltico de Bender y otras versiones del test guesáltico de Bender son útiles para diferenciar aquellos individuos los cuales severos obstáculos emocionales interfieren sus funciones intelectuales y para una mejor estimación se deben incluir test de personalidad y otros test de inteligencia no verbales que son especialmente aptos para tales propósitos.

Categoría V. "El último grado contiene una población de individuos tales como los analfabetas, los no educados y los extranjeros no familiarizados con el idioma. El test de Bender se apoya en experiencias de trasfondo más universal y que no pone énfasis en el desarrollo simbólico culturalmente determinado". (25)

ANÁLISIS CONFIGURACIONAL.

Hutt y Briskin, en 1960, a través de sus observaciones clínicas y de los hallazgos de sus investigaciones, trataron de incorporar una configuración del test a una categoría nosológica. Igualmente cada configuración fue sometida a la siguiente prueba: la presencia de 3 o más de los criterios de cada cualquier configuración particular que satisfacen los requisitos estadísticos para discriminar aquella categoría nosológica de cada una de

las otras, con excepción la categoría de mentalmente retardados al nivel 0.5 o mejor".

"Los grupos comparados fueron enfermos orgánicos (N=95); esquizofrénicos (N=100); neuróticos (N=0) y "normales" (N=50), (donde N significa nosológica), con edades y distribución de sexos equivalente. Las configuraciones orgánica y esquizofrénica diferió de los "normales" al nivel .001".

"Para propósitos prácticos, entonces, podemos decir que un individuo que muestra 5 o más criterios de una categoría posee las características generales de desempeño en el test que corresponden al título de esa categoría. Hay superposición de criterios, pero creemos que es deseable en nuestro estado presente de conocimiento. No se debe esperar, sin embargo que un individuo que no muestra los 5 o más factores de un grupo nosológico particular necesariamente será excesivo de ese grupo. En casos individuales, la presencia de dos signos del test, o en uno, especialmente si es muy marcado, puede ser asignado adecuadamente a una categoría psiquiátrica particular si otra evidencia lo sugiere". (26)

Por lo tanto, paso a describir las configuraciones que tomamos como indicadores de lesión intracraneal en nuestra investigación.

1.- "COLLISION. (Y tendencia a la colisión).

Colisión extrema: (Valor en la escala de psicopatología = 10.0) la colisión ocurre más de 2 veces.

Colisión moderada: (Valor en la escala de psicopatología = 8.5) la colisión ocurre más de 2 veces.

Colisión presente: (Valor en la escala de psicopatología = 7.0) la colisión ocurre 1 vez.

Extrema tendencia a la colisión: (Valor en la escala de psicopatología = 5.5) ocurre más de 2 veces.

Moderada tendencia a la colisión: (Valor en la escala de psicopatología = 4.0) ocurre 2 veces.

Tendencia a la colisión presente: (Valor en la escala de psicopatología = 2.5) ocurre 1 vez.

Ni colisión ni tendencia a la colisión: (Valor en la escala de psicopatología = 1.0).

Se refiere a la coincidencia o superposición de una figura con otra. El perímetro de una figura debe ser casi tocar o superponerse al perímetro de la otra figura. Si la línea de puntos o de círculos de una figura se introduce dentro del espacio abierto de una figura adyacente, pero no hay toque o superposición del perímetro no se computa una colisión, sino como una tendencia a la

colisión". (27)

2.- "DIFICULTAD EN LA REGULACION. (Marcada).

Cinco figuras: (Valor en la escala de Psicopatología = 10.0)

Cuatro figuras: (Valor en la escala de Psicopatología = 8.0)

Tres figuras: (Valor en la escala de Psicopatología = 6.0)

Dos figuras: (Valor en la escala de Psicopatología = 4.0)

Una figura: (Valor en la escala de Psicopatología = 2.0)

Ninguna figura: (Valor en la escala de Psicopatología = 1.0)

Se refiere a un aumento o disminución de 15 grados o más de la regulación en las figuras 2, 3, 4, 5, 6 y 7. En la figura 2, el criterio es un cambio de 15 grados o más en el ángulo que las columnas que forman con las hileras horizontales. En la figura 3, el criterio es un cambio en el ángulo formado por las columnas de puntos. En la figura 4, el criterio es el ángulo la curva en relación al cuadrado abierto. En la figura 5, el criterio es el

ángulo de puntos externos (diagonal) en relación a una línea horizontal imaginaria. En la figura 6, el criterio es el ángulo que forman las dos curvas al cruzarse. En la figura 7, el criterio es el ángulo de intersección de las dos figuras". (28)

3.- "ROTACION PERCEPTIVA (Severa).

Aún más importante si el examinado no se da cuenta o si es capaz de corregir el error de rotación.

Rotación Severa: (Valor en la escala de Psicopatología = 10.0). Rotación de 80 a 180 grados en cualquier figura.

Rotación Moderada: (Valor en la escala de Psicopatología = 7.0). Rotación de 15 a 79 grados en cualquier figura.

Rotación Leve: (Valor en la escala de Psicopatología = 4.0). Rotación de 15 a 79 grados en cualquier figura.

Ninguna Rotación: (Valor en la escala de psicopatología = 4.0). Ninguna rotación mayor de 4 grados en cualquier figura.

Se refiere a la reproducción de la figura del test con una rotación del eje mayor, en tanto que la tarjeta estíeule y la hoja del test estan en posición normal y standard. Este factor no se computa, si se rota solo un

segmento de la figura (como cuando hay un cambio en la posición de la línea externa de la figura 5; similarmente, el cambio en sólo alguna de las columnas de la figura 2 no se compute como rotación". (29)

4.- "SIMPLIFICACION.

Severa: Presente en más de 2 figuras (Valor en la escala de Psicopatología = 10.0).

Moderada: Presente en 2 figuras (Valor en la escala de Psicopatología = 7.0).

Lave: Presente en 1 figura solamente (Valor en la escala de Psicopatología = 4.0).

Ninguna: (Valor en la escala de Psicopatología = 1.0).

Se refiere a la reproducción del estileto como una figura más simple o que es más simple de dibujar. Los siguientes son ejemplos de simplificación: dibujar las dos partes de la figura 9, como no contiguas, disminuir por lo menos en tres el número de elementos de las figuras 1, 2, 3, 5; reducir el número de curvas de la figura 6, reproducir las partes de la figura 7 y 8 como rectángulos o elipses. La simplificación no se compute cuando se advierte fragmentación o retrogresión". (30)

3.- "FRAGMENTACION (Severa).

Severa: Presente en más de 2 figuras (Valor en la escala de Psicopatología = 10.0).

Moderada: Presente en 2 figuras (Valor en la escala de Psicopatología = 7.0).

Leve: Presente en 1 figura solamente (Valor en la escala de Psicopatología = 4.0).

Ninguna: (Valor en la escala de Psicopatología = 1.0).

Se refiere a la esencial destrucción de la Gestalt. Se puede manifestar en muchas formas. Las más comunes son: la reproducción esta conclusa e incompleta. La forma esta dibujada como si estuviera compuesta de partes separadas, es decir, las partes estan toscamente separadas de modo que la Gestalt se pierde". (31)

4.- "DIFICULTAD DE SUPERPOSICION. (Moderada a severa).

Severa: Dificultad de superposición en más de 1 figura (Valor en la escala de Psicopatología = 10.0).

Moderada: Dificultad en 1 figura (Valor en la escala de Psicopatología = 3.5).

Ninguna: (Valor en la escala de Psicopatología = 1.0).

Se refiere a los tipos específicos de dificultad de superposición (Figura 7) y figuras contiguas (Figura A y 4). El tipo de dificultad así llamado incluye: grossera superposición donde no existe el estímulo (Figura A y 4), incapacidad de reproducir una porción de la superposición (Figura 7); simplificación o distorsión de porciones de cualquiera de las dos figuras en el punto de la superposición (Figura 7)".

7.- "PERSEVERACION TIPOS A Y B (Especialmente si es severa).

Severa: Presente en más de 2 figuras (Valor en la escala de Psicopatología = 10.0).

Moderado: Presente en 2 figuras (Valor en la escala de Psicopatología).

Lleve: Presente en 1 figura solamente (Valor en la escala de Psicopatología = 4.0).

Ninguna: (Valor en la escala de Psicopatología = 1.0).

Se refiere a cualquiera de dos tipos de fenómenos perseverativos.

1).- Perseveración en la cual los elementos de un dibujo previo se utilizan en un dibujo sucesivo en el cual estos elementos no están presentes en la figura estímulo.

2).- Perseveración de los elementos presentes en una figura más allá de los límites exigidos en el estímulo. Un ejemplo de perseveración tipo (A) es el uso de puntos en vez de círculos en la figura 2, por perseveración de puntos usados en la figura 1. Un ejemplo de perseveración de puntos usados en la Figura 1. Un ejemplo de perseveración tipo (B) es la presencia en la figura 1 de 14 puntos o más, en lugar de los 12 puntos presentes en la figura estímulo. El criterio para computar la presencia de perseveración es la ocurrencia de 2 o más elementos perseverantes".

B.- "ELABORACION (Moderada).

Severa: Presente en más de 2 figuras (Valor en la escala de Psicopatología = 10.0).

Moderada: Presente en 2 figuras (Valor en la escala de Psicopatología = 7.0).

Leve: Presente en 1 figura solamente (Valor en la escala de Psicopatología = 4.0).

Ninguna: (Valor en la escala de Psicopatología = 1.0).

Se refiere al garabato o elaboración en la reproducción en la cual la forma está marcadamente cambiada. La elaboración puede incluir el agregado de

puntos u ondulaciones o el agregado de líneas o curvas que cambian la Gestalt". (30)

9.- "REPASO DE LA FIGURA TOTAL.

Muy Severa: Presente 4 o más veces. (Valor en la escala de Psicopatología = 10.0).

Severa: Presente 3 veces. (Valor en la escala de Psicopatología = 7.75).

Moderada: Presente 2 veces. (Valor en la escala de Psicopatología 5.5).

Leve: Presente 1 vez. (Valor en la escala de Psicopatología = 3.25).

Ninguna: (Valor en la escala de Psicopatología = 1.0).

Se refiere a un segundo intento de reproducir una figura cuando un primer intento (que no necesariamente abarca la figura total) se abandonó, sin borrarla ni completarla, o simplemente se tachó. En raras ocasiones se pueden hacer más de dos intentos por reproducir la figura". (32)

10.- "INCOORDINACION LINEAL (Tanto fina como burda).

No existe puntuación para este criterio.

Se manifiesta por irregularidades, desigualdades, en la sala característica de la línea y línea temblorosa. Se usa como regla una definición de incoordinación cuando las irregularidades en la característica de la línea exceden un milímetro y medio.

Bosquejo patológico. Se refiere al retoque de una línea o de una unión. Se debe de distinguir del bosquejo artístico que culmina en una reproducción controlada y bien ejecutada. Más bien el bosquejo, tal como se ha definido, se refiere a reproducciones que son inferiores y que algunas veces distorsionan la Gestalt". (34)

* Las pruebas calificadas del test gestáltico visomotor de Bender, de acuerdo a la adaptación Mutt se encuentran en el apéndice A, B y C.

CAPITULO IV
ANALISIS DE DATOS E INFORMACION

4.1 ANALISIS DE KRUSKAL-WALLIS.

"La prueba de Kruskal-Wallis es una generalización directa de la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para tres o más pruebas independientes. En la prueba se intenta decidir si las muestras provienen de la misma población o poblaciones idénticas con respecto a los promedios (la hipótesis nula) o de varias poblaciones que difieren en localización (hipótesis alternativa). En ella se supone que los datos son independientes y que los resultados de la variable de respuesta están compuestas por datos ordinales continuos". (25)

Como en la prueba de suma de rangos, se obtuvieron algunos empates en los resultados, se prosiguió a usar la técnica de rango promedio, y realizar un contraste de independencia para saber si nuestras muestras eran independientes para así poder utilizar la prueba de Kruskal-Wallis, debido a que existe la suposición de que la prueba se infringe cuando aparecen empates.

Para probar estadísticamente que los 3 grupos del estudio, provienen de poblaciones independientes se utilizó la prueba χ^2 , probando:

H_0 : Los grupos provienen de poblaciones relacionadas.

H_1 : Los 3 grupos provienen de poblaciones

independientes.

Se tomó un nivel de significancia del 5% para la prueba de contraste de independencia.

Datos:

Frecuencias Observadas.

	0	1	2	3	4	5	6	7	
Normales	7	14	7	1	0	1	0	0	50
No Obsesivos	5	8	5	10	1	1	0	0	30
Obsesivo-Compulsivos	0	0	0	1	4	6	3	1	15
Total	12	22	12	12	5	8	3	1	75

Frecuencias Esperadas.

	0	1	2	3	4	5	6	7	
Normales	4.8	8.8	4.8	4.4	2	3.2	1.2	0.4	50
No-Obsesivos	4.8	8.8	4.8	4.4	2	3.2	1.2	0.4	30
Obsesivos	2.4	4.4	2.4	2.2	1	1.6	1.8	0.2	15
Total	12	22	12	12	5	8	3	1	75

Fórmula de Contraste de Independencia.

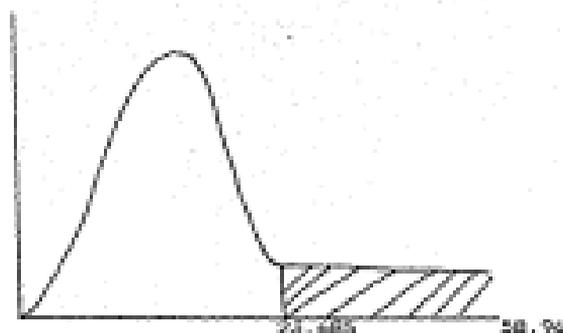
$$\chi^2 = \frac{\sum (F_o - F_e)^2}{F_e} \quad \begin{array}{l} F_o = \text{Frecuencia Observada.} \\ F_e = \text{Frecuencia Esperada.} \end{array}$$

$$\begin{aligned} \chi^2 = & \frac{(7 - 4.8)^2}{4.8} + \frac{(14 - 8.8)^2}{8.8} + \frac{(7 - 4.8)^2}{4.8} + \frac{(1 - 4.4)^2}{4.4} + \\ & \frac{(0 - 2)^2}{2} + \frac{(1 - 3.2)^2}{3.2} + \frac{(0 - 1.2)^2}{1.2} + \frac{(0 - 0.4)^2}{0.4} + \\ & \frac{(5 - 4.8)^2}{4.8} + \frac{(8 - 8.8)^2}{8.8} + \frac{(5 - 4.8)^2}{4.8} + \frac{(10 - 4.4)^2}{4.4} + \\ & \frac{(1 - 2)^2}{2} + \frac{(1 - 3.2)^2}{3.2} + \frac{(0 - 1.2)^2}{1.2} + \frac{(0 - 0.4)^2}{0.4} + \\ & \frac{(0 - 2.4)^2}{2.4} + \frac{(0 - 4.4)^2}{4.4} + \frac{(0 - 2.4)^2}{2.4} + \frac{(1 - 2.2)^2}{2.2} + \\ & \frac{(4 - 1)^2}{1} + \frac{(4 - 1.6)^2}{1.6} + \frac{(3 - 1.8)^2}{1.8} + \frac{(1 - 0.2)^2}{0.2} + \end{aligned}$$

$$\chi^2 = 58.76$$

Calculada

$$\chi^2_{\text{tablas}} = 23.485$$



Reglas de Decisión.

Si $\chi^2 > \chi^2_{\alpha/2}$ (Tablas) se rechaza H_0 , concluyendo que al 5% existe evidencia estadísticamente significativa de independencia entre los 3 grupos.

ESTABLECIMIENTO DE HIPOTESIS.

H_0 : No existe diferencia significativa de índices de lesión cerebral entre pacientes obsesivo-compulsivos, neuróticos no obsesivos compulsivos y sujetos normales.

H_1 : Sí exista diferencia significativa de índices de lesión cerebral en pacientes obsesivo-compulsivos que en neuróticos no obsesivos compulsivos y sujetos normales.

Reglas de Decisión.

Si $\chi^2 > \chi^2_{\alpha/2}$ (Tablas) se rechaza H_0 , concluyendo que al 5% existe evidencia estadísticamente significativa de independencia entre los 3 grupos.

Estadísticamente estas hipótesis se expresa de la siguiente manera:

H_0 : $Lc1 = Lc2 = Lc3$

H_1 : $Lc1 \neq Lc2 \neq Lc3$

$Lc1$ = Indicadores de lesión cerebral en obsesivos compulsivos.

$Lc2$ = Indicadores de lesión cerebral en neuróticos no obsesivos.

$Lc3$ = Indicadores de lesión cerebral en sujetos normales.

PUNTAJE BRUTO.

RESULTADOS DEL TEST GUSTALTICO VISIONTOR DE GENDER POR GRUPO.

Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
No. de Sujetos	Obsesivo Compulsivos	No. de Sujetos	NO Obsesivos	No. de Sujetos	Normales
1	51.25	1	57.75	1	50
2	43.25	2	54.5	2	28.25
3	75	3	56	3	32
4	43.75	4	51.75	4	42.5
5	82.5	5	51.25	5	39.50
6	48.75	6	38.25	6	34.25
7	87	7	42.75	7	36.75
8	45.25	8	59.25	8	37.75
9	88.25	9	59.25	9	44
10	85.25	10	47.25	10	45.25
11	52.25	11	60.5	11	68.75
12	80	12	61.0	12	56
13	91	13	57.25	13	42
14	95.5	14	50.5	14	42.25
15	103.25	15	62.25	15	34.75
		16	53.75	16	36.5
		17	62.75	17	34.5
		18	62.25	18	37
		19	68	19	34.50
		20	33.30	20	61.25
		21	67	21	43
		22	68.25	22	45.25
		23	69	23	63.25
		24	80.5	24	38
		25	70.0	25	29
		26	72	26	44.50
		27	75	27	43.75
		28	76.75	28	45.50
		29	70.25	29	42.75
		30	75.25	30	34.75

PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

En base a las frecuencias obtenidas del puntaje bruto se asignó el rango correspondiente a cada uno de los sujetos de los tres grupos independientes.

Para permitir una exposición en términos más generales es necesario utilizar una notación simple respecto a la prueba de Kruskal-Wallis.

Sean

- N = El número total de sujetos del estudio.
- T1 = El número de sujetos normales.
- T2 = El número de pacientes neuróticos no obsesivos
- T3 = El número de pacientes obsesivo-compulsivos.

Es decir, esto nos da:

$$N = 75$$

$$T2 = 30$$

$$T3 = 15$$

FRECUENCIAS OBTENIDAS EN BASE A LOS INDICADORES DE LESIÓN
CEREBRAL Y RANGOS PROMEDIOS.

Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3		
Obsesivos Compulsivos			No Obsesivos			Normales		
No. de Sujetos	Frec.	P R	No. de Sujetos	Frec.	P R	No. de Sujetos	Frec.	P R
1	4	61.0	1	3	52.5	1	0	6.5
2	4	61.0	2	1	23.5	2	0	6.5
3	6	73.0	3	1	23.5	3	0	6.5
4	4	61.0	4	0	6.5	4	2	40.5
5	5	67.5	5	0	6.5	5	1	23.5
6	5	67.5	6	1	23.5	6	1	23.5
7	5	67.5	7	1	23.5	7	0	6.5
8	3	52.5	8	1	23.5	8	1	23.5
9	6	73.0	9	1	23.5	9	2	40.5
10	5	67.5	10	1	23.5	10	2	40.5
11	4	61.0	11	2	40.5	11	1	23.5
12	6	73.0	12	3	52.5	12	0	6.5
13	5	67.5	13	0	6.5	13	1	23.5
14	6	73.0	14	1	23.5	14	1	23.5
15	5	67.5	15	0	6.5	15	1	23.5
		-----	16	2	40.5	16	1	23.5
		Σ R = 995.5	17	2	40.5	17	1	23.5
			18	3	52.5	18	1	23.5
			19	3	52.5	19	0	6.5
			20	0	6.5	20	3	67.5
			21	3	52.5	21	3	52.5
			22	3	52.5	22	1	23.5
			23	3	52.5	23	2	40.5
			24	3	52.5	24	1	23.5
			25	4	61.0	25	0	6.5
			26	3	52.5	26	1	23.5
			27	2	40.5	27	1	23.5
			28	2	40.5	28	2	40.5
			29	3	52.5	29	2	40.5
			30	5	67.5	30	2	40.5
					-----			-----
					Σ R = 1600.5			Σ R = 770.0

* Frec = Frecuencias

* P R = Rango Promedio

Para producir la estadística de la prueba la que refleja que tan grande es cualquier diferencia en localización entre las tres muestras, se sigue el procedimiento de la suma de rangos de las tres muestras:

R₁=995

R₂=1400.5

R₃=775

Se utiliza como estadística de la prueba el valor K dado por la siguiente fórmula.

$$K = \frac{\sum R^2}{N(N+1)} - \frac{3 \left[\frac{\sum R}{n} \right]^2}{N+1}$$

donde:

H = Número total de sujetos

n = Número de sujetos por grupos

Cálculo de T.-

	T
0	12
1	22
2	12
3	12
4	5
5	8
6	3
7	1

$$t = t = t = 3$$

Es el número de observaciones ligadas en un grupo de puntajes ligadas.

$$\begin{array}{r}
 3 \\
 12 - 12 = 1714 \\
 3 \\
 32 - 22 = 10624 \\
 3 \\
 12 - 12 = 1714 \\
 3 \\
 9 - 9 = 120 \\
 3 \\
 8 - 8 = 504 \\
 3 \\
 3 - 3 = 24 \\
 \hline
 \sum T = 16.422
 \end{array}$$

Debido a que existen observaciones ligadas, debemos corregir K dividiéndola por:

$$1 - \frac{\sum T}{3} \\
 N - 1$$

En la cual N es el número total de sujetos, M el número de rangos en un grupo y T la suma de los rangos en cualquier columna dada:

$$K = \frac{12}{75(75+1)} \left(\frac{995.5}{15} + \frac{1600.5}{30} + \frac{778}{30} \right) - 3(75 + 1) \\
 1 = \frac{16.422}{75 - 75}$$

$$K = \frac{(0.0021052) (171630.81)}{75 - 75} = 228 = 361.31718 - 22$$

$$K = \frac{133.31718}{0.9610669} = 138.71$$

Para obtener el valor crítico pertinente necesita conocerse el número de muestras que se están comparando, esto determina lo que se conoce como grados de libertad 2 asociados con X . (36)

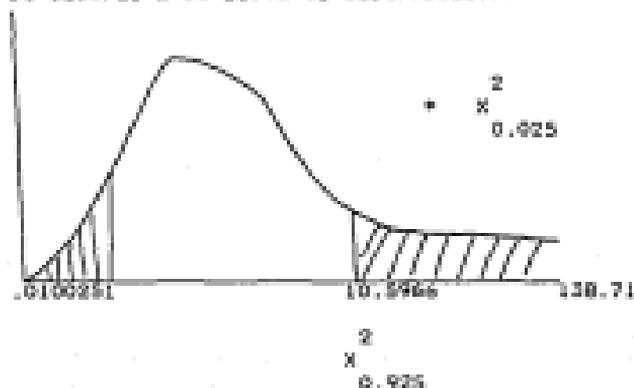
K está distribuida aproximadamente como X^2 . Los grados de libertad son $K - 1$, donde K es el número de columnas o grupos, en este caso:

$$G1 = K - 1 = 3 - 1$$

$$G1 = 2$$

Consultando la tabla X^2 con un $\alpha = 0.05$ nos da un $X^2 = 10.5966$.

De acuerdo a la curva de distribución.



Se rechaza H_0 y se acepta H_a , es decir si existe diferencia estadísticamente significativa de índices de lesión cerebral en pacientes obsesivo-compulsivos que en neuróticos no obsesivo-compulsivos y sujetos normales.

INTERPRETACION DE RESULTADOS.

De los resultados obtenidos en este estudio con la adaptación Hurt del Test Questionario de Bender en tres grupos (Neuróticos Obsesivo-compulsivos, Neuróticos no obsesivos y sujetos normales) se analizó la categoría nosológica de lesión intracerebral, de la cual se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ellos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES GENERALES

5.1 CONCLUSIONES.

Uno de los principales objetivos para la realización de este trabajo fué detectar la presencia de indicadores de lesión cerebral en pacientes neuróticos obsesivos-compulsivos mediante la valoración de la adaptación Mutt del Test Cuadrático Visomotor de Bender, el cual demostró diferencia estadísticamente significativa en estos pacientes siendo el número mayor de indicadores de acuerdo a la comparación con pacientes neuróticos no obsesivos-compulsivos y sujetos normales analizado en el capítulo anterior.

Se trató de seleccionar al grupo de neuróticos no obsesivos, en los que no existieran síntomas obsesivos para validez de nuestro estudio. Encontramos en la mayoría de estos pacientes en la realización del test que hicieron uso de espacio expansivo a diferencia de los obsesivos que fué comprimido.

En cuanto a las configuraciones que tomamos como indicadores de lesión cerebral de Bender, los pacientes neuróticos obsesivos-compulsivos presentaron frecuentemente en el desarrollo general del test, tendencia a la colisión; dificultad de superposición y bosquejo patológico, estos factores mencionados se relacionan con el control motor y la agudeza perceptiva.

Otras de las configuraciones también manifestadas en

la categoría de indicadores de lesión cerebral por los pacientes neuróticos obsesivos-compulsivos dentro de este estudio, fué rotación perceptiva, dificultad en la angulación, elaboración, perseveración y repaso de la figura total, no es extraño encontrar esas características en ese tipo de pacientes, ya que carecen de un plan anticipado y tienden al perfeccionismo debido a su extremada actitud de autocrítica.

Por lo que concluimos que sí existen índices de lesión cerebral en neuróticos obsesivos-compulsivos de acuerdo a la realización de nuestra investigación.

En este tipo de estudio no se pretende limitar al psicólogo en cuanto a la que presenta en cuanto a los indicadores de lesión cerebral que presentan éste tipo de pacientes, sí no a ampliar los conocimientos del psicólogo clínico ya que nos encontramos al filo del Siglo XXI, donde ningún estudio se puede relacionar sin un sentido integracionista, por lo que no se descarta los aspectos ambientales o psicológicamente puros, ya que se sostiene que no se puede dar un fenómeno sin el otro.

Además no debemos olvidar la posición biopsicosocial del hombre, ni el hecho de que puedan existir otras teorías etiológicas, en las que intervienen factores culturales ya que nuestra cultura occidental se adaptó a

los rasgos obsesivos, por lo tanto no necesariamente todos los neuróticos obsesivos-compulsivos presentan indicios de lesión cerebral, sin embargo se recomienda tener mucho cuidado en el diagnóstico.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos del test gustático de Bender, y analizando la seriedad como fueron practicados, nos da una mejor comprensión sobre las manifestaciones clínicas que presentan este tipo de pacientes lo que nos beneficia en el tratamiento de los mismos.

Queda como sugerencia la realización de estudios neuropsicológicos más profundos apoyados en estudios de gabinete y paraclinicos como sería en este caso la tomografía axial computerizada y el electroencefalograma en caso de demostrarse algunas evidencias habría otras expectativas en cuanto al manejo del paciente obsesivo-compulsivo.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Jenike Michael A., Obsessive - Compulsive Disorder: A question of a Neurologic Lesion, Comprehensive Psychiatry, Vol. 25, No. 3, Boston Massachusetts U. S. A. (May / June) 1984, Páginas 299-300.
- 2.- Jenike Michael A., Brotsan Andrew W.; The Egg in Obsessive - Compulsive Disorder, V. Clin Psychiatry 45:3 Boston Massachusetts, U. S. A., March 1984, Página 122.
- 3.- Kerlinger, Fred H; Investigación del Comportamiento, editorial Interamericana. México 1983, Página 21.
- 4.- Idem. Página 108.
- 5.- Diccionario de Psicología, editorial Fondo de la Cultura Económica, México 1979, Página 22.
- 6.- Caso Muñoz Agustín. Fundamentos de Psiquiatría, editorial Limusa, México 1982, Página 852.
- 7.- Freedman Alfred M., Kaplan Harold I., Sadock Benjamin V., Compendio de Psiquiatría, Editorial Salvat, Barcelona, España, 1983. Página 98.
- 8.- Escobell Villegas María del Rosario. Hallazgos Electroencefalográficos en pacientes neuróticos. Tesis UAG, Guadalajara, Jalisco, México 1978, Página 2.
- 9.- Brun Rudolf, Teoría General de las Neurósis. Editorial

Siglo XXI, México, 1968. Páginas 23-27.

10.-Escobell Villegas María del Rosario, Hallazgos Endefalográficos en pacientes Neuróticos. Tesis UAG, Guadalajara, Jalisco, México, 1978. Página 3.

11.-Dongier Maurice, Neurósis y Trastornos Psicocósmicos, Psicología y Ciencias Humanas 8. Ediciones Guadarrama, Madrid, 1971, Página 18.

12.-Brun Rudolf, Teoría General de la Neurósis. Editorial Siglo XXI, México, 1968. Páginas 27-29.

13.-Freedman Alfred M., Kaplan Harold I., Sadock Benjamin W., Compendio de Psiquiatría, Editorial Salvat, Barcelona, España, 1983. Página 358.

14.-Escobell Villegas María del Rosario, Hallazgos Electroencefalográficos en Pacientes Neuróticos. Tesis UAG, Guadalajara, Jalisco, México 1978. Páginas 3,4.

15.-Valdés Miyar Manuel, Masana Ronquillo Joan, Udina Abelló Claudi De Flores I Fomenti Tomás, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III, Editorial Masson, S. A., Barcelona, España 1983. Página 440.

16.-Idem, Página 640.

17.-Seligman Leon, Thaler Frank H., Obsessive - Compulsive

Disorder: A Review of the Literature. American Journal Psychiatry, Vol. 138:3, Washington, D. C., U. S. A. March 1981. Páginas 286-289.

18.-Hoogdijn Eem, on the Diagnosis of Obsessive - Compulsive Disorder: American Journal of Psychotherapy, Vol. XL, No. 1, Delft, Netherlands, January 1986. Página 43.

19.- Idee. Páginas 36-46.

20.-Janika Michael A., Obsessive - Compulsive Disorder: A question of a neurologic lesion, comprehensive Psychiatry, Vol. 25, No. 3, Boston Massachusetts, U. S. A. (May / June) 1984. Páginas 301-302.

21.-McKeon Joseph, McRuffin Peter, Robinson Paul. Obsessive - Compulsive Neurosis following head injury. a Report four cases. British Journal Psychiatry, Vol. 144, Dublin 8, Ireland. Febrero 1984. Páginas 191, 192.

22.- Moehn-Seric Rudolf, Barkdale Vernon C.. Impulsiveness in Obsessive-Compulsive patients. British Journal Psychiatry, Vol. 143, Baltimore, Maryland, U. S. A. 1983, Páginas 180, 181.

23.-Hutt Max I., La Adaptación Hutt del Test "Cuestionario de Bender, Editorial Guadalupe, Buenos Aires, Argentina, 1978. Páginas 28, 29.

24.- Idem. Páginas 31, 33.

25.- Idem. Páginas 18-23.

26.- Idem. Páginas 143, 144.

27.- Idem. Página 107.

28.- Idem. Página 124.

29.- Idem. Página 127.

30.- Idem. Página 133.

31.- Idem. Página 135

32.- Idem. Páginas 137-139

33.-Idem. Página 141.

34.- Idem Página 145.

35.-Leach Chris, Fundamentos de Estadística (Enfoque no paramétrico para Ciencias sociales). Editorial Limusa, México, 1982. Página 179.

36.- Idem. Página 204.

BIBLIOGRAFIA.

BRUN RUDOLF, Teoría General de las Neurósis. Editorial Siglo XXI, México, 1968.

CASO MUÑOZ AGUSTIN, Fundamentos de Psiquiatría, Editorial Limusa, México, 1982.

DICCIONARIO DE PSICOLOGIA, Editorial Fondo de la Cultura Económica, México 1979.

CHASIER MAURICE, Neurósis y trastornos psicométricos. Psicología y Ciencias Humanas 8, Ediciones Guadarrama, Madrid 1971.

ESCOBELL VILLEGAS MARIA DEL ROSARIO, Hallazgos Electroencefalográficos en Pacientes Neuróticos, Tesis U. A. G., Guadalajara, Jalisco, México, 1983.

FREEDMAN ALFRED M., Kaplan Harold, I. Sadock, Benjamin J., Compendio de Psiquiatría. Editorial Salvat, Barcelona, España, 1983.

HOEHN ERIC RUDOLF, Barksdale Vernon C., Impulsiveness in Obsessive - Compulsive Patients. British Journal Psychiatry, Vol. 143, Baltimore, Maryland, U. S. A., 1983.

HOODQUIN KEES, On the Diagnosis of Obsessive Compulsive Disorder, American Journal of Psychotherapy, Vol. XI,

No. 1, Belgis. Netherlands, January, 1986.

HUTT MAX L., La adaptación Hutt del Test Gestáltico de Bender. Editorial Guadalupe, Buenos Aires, Argentina, 1975.

JENIKE MICHAEL A., Obsessive-Compulsive Disorder: A question of a Neurologic Lesion, Comprehensive Psychiatry, Vol. 25, No. 3. Boston Massachusetts, U.S.A. (May/June) 1984.

JENIKE MICHAEL A., Brotsan Andrew W., The Egg in Obsessive-Compulsive Disorder J. Clin Psychiatry 45:3, Boston Massachusetts, U.S.A., March, 1984.

KERLINGER, FRED W., Investigación del comportamiento, Editorial Interamericana, México 1983.

LEACH CHRIS, Fundamentos de Estadística (Enfoque no paramétrico para ciencias sociales) Editorial Limusa, México, 1982.

MCREDON JOSEPH, McGuffin Peter, Robinson Paul; Obsessive-Compulsive Neurosis Following head injury. A Report of four cases, British Journal Psychiatry, Vol. 144, Febrero, 1984.

SALZHAN LEON, Thaler Frank H., Obsessive-compulsive Disorders: A Review of the literature, American

Journal Psychiatry, Vol. 118:2, Washington, D. C., U. S. A., March 1981.

TARAYO Y TARAYO HARID, El proceso de la Investigación Científica. Editoria Limusa, México, 1985.

VALDES MIYAR MANUEL, Masana Ronquillo Juan, Udina Abelló Claudi De Flores I Formentí Tomás, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III, Editorial Masson, S. A., Barcelona, España, 1983.

APPENDICE A

CALIFICACION DE EL TEST BUESTALTICO VISOMOTOR DE BENDER DE
 ACUERDO A LA ADAPTACION HUTT EN UN PACIENTE OBSESIVO-COMPULSIVO.

SECUENCIA	7	Irregular
POSICION A	3.25	Colocacion anormal
ESPACIO I	10	Anormal (comprimido)
COLISION	7	Presente
ROTACION HOJA	5.5	En dos figuras
DIFICULTAD DE CIERRE	7.75	Severa en la figura
DIFICULTAD CURVATURA	4	Moderada
CAMBIO EN LA ANGULACION	4	Moderada
ROTACION PERCEPTIVA	10	Severa
RETROGRESION	1	
SIMPLIFICACION	7	Moderada
FRAGMENTACION	1	
DIFICULTAD DE SUPERPOSICION	10	Severa
ELABORACION	1	
PERSEVERACION	7	Moderada
REPASO FIGURA TOTAL	1	

	75.5	

Indicadores de lesi3n cerebral : Colisi3n, p3rdida de la
 angulaci3n, rotaci3n perspectiva, simplificaci3n, dificultad en
 superposici3n, perseveraci3n, incoordinaci3n lineal, 7 de 10
 indicadores.

GENDER
NEUROTIC OBSESSIVE COMPULSIVE

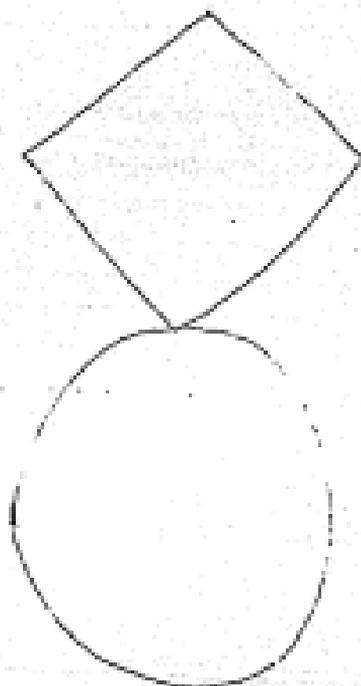


A P E N D I C E B

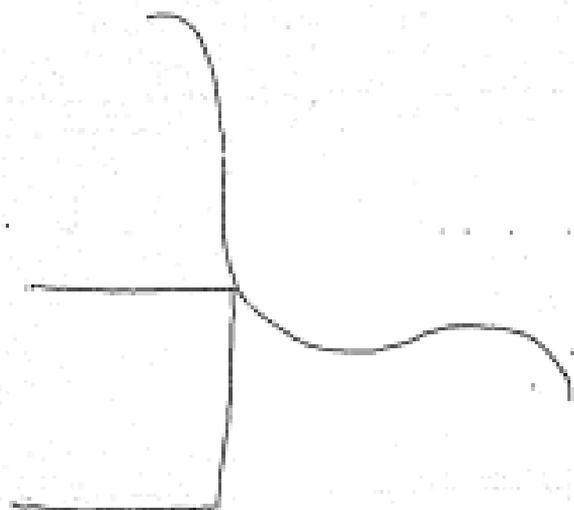
CALIFICACION DE LA ADAPTACION HUTT DEL TEST GUSTALTICO DE
 BENDER EN PACIENTE NEUROTICO NO COESIVO.

SECUCENCIA	7.0	Irregular
POSICION A	3.25	Anormal
ESPACIO I	10.0	Anormal (H. Expansivo)
COLISION	1.0	
ROTACION HOJA	10.0	
DIFICULTAD CIERRE	5.5	Moderado
DIFICULTAD CRUZAMIENTO	1.0	
DIFICULTAD CURVATURA	4.0	
DIFICULTAD ANULACION	2.0	Leve
ROTACION PERCEPTIVA	1.0	
RETROGRESION	4.0	Moderada
SIMPLIFICACION	1.0	
FRAGMENTACION	1.0	
DIFICULTAD DE SUPERPOSICION	5.5	Moderada
ELABORACION	1.0	
PERSEVERACION	1.0	
REPASO FIGURA TOTAL	1.0	
	59.25	

* Indicadores de lesión cerebral: Dificultad de Superposición.
 Moderada.



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100



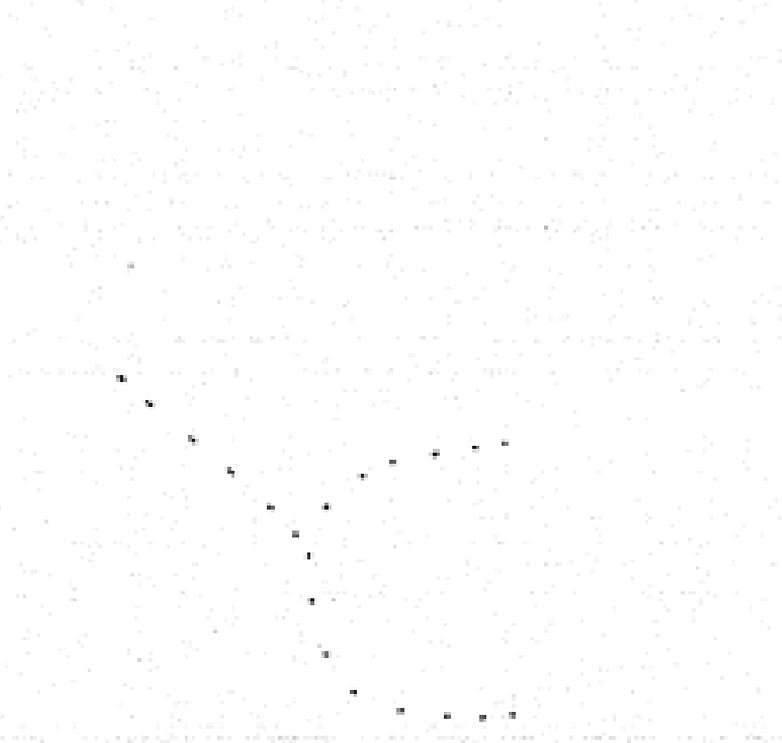
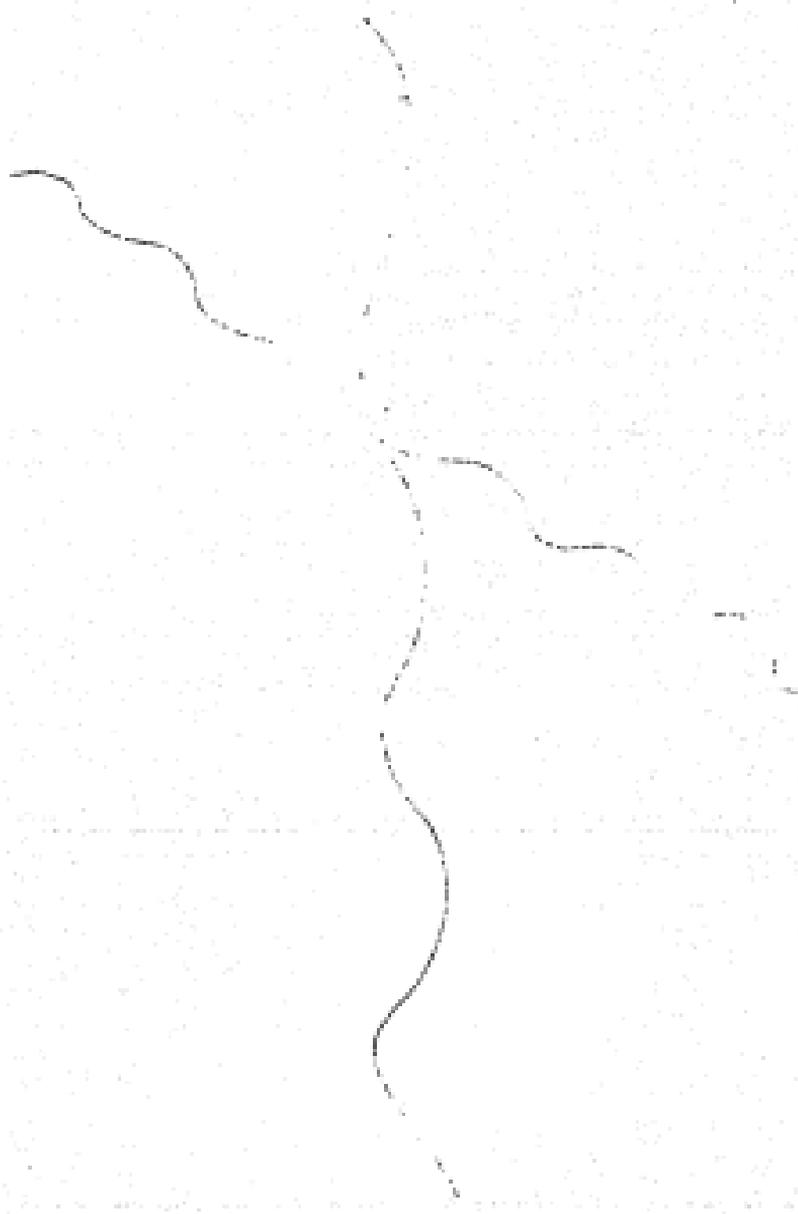
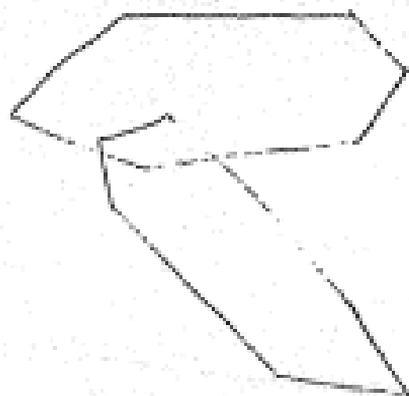


Figure 1. A line graph showing the relationship between the number of trials (x-axis, 0 to 10) and the number of correct responses (y-axis, 0 to 10). The data points are connected by a line, showing an upward trend that levels off after 7 trials.

The graph illustrates the relationship between the number of trials and the number of correct responses. The x-axis represents the trial number, ranging from 0 to 10. The y-axis represents the number of correct responses, ranging from 0 to 10. The data points are connected by a line, showing an upward trend that levels off after 7 trials. This suggests that the number of correct responses increases as the number of trials increases, but the rate of increase slows down and eventually plateaus.







APPENDICE C

CALIFICACION DE EL TEST GUSTALTICO VISOMOTOR DE BENDER DE
ACUERDO A LA ADAPTACION HUTT EN UN SUJETO NORMAL

SECUENCIA	4.0	Sobre Metodico
POSICION A	1.0	
ESPACIO 1	1.0	
COLISION	1.0	
ROTACION INDA	1.0	
DIFICULTAD CIERRE	5.5	Moderado
DIFICULTAD ORIENTADO	1.0	Fuerte
DIFICULTAD CURVATURA	4.0	Leve
DIFICULTAD ANGULACION	1.0	
ROTACION PERCEPTIVA	1.0	Fuerte
RETROVISION	4.0	Leve
SIMPLIFICACION	1.0	
FRAGMENTACION	1.0	
DIFICULTAD DE SUPERPOSICION	5.0	Moderado
ELIMINACION	1.0	
PERSEVERACION	1.0	
REPASO FIGURA TOTAL	1.0	
	44.5	

* Indicaciones de lesión cerebral: Dificultad de Superposición
entrada. -1 de 10
Indicaciones:

