

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

**La importancia del Diplomado en Psicodiagnóstico para una adecuada
valorización**

Autor: Juan José Torres Bucio

**Tesina presentada para obtener el título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**Nombre del asesor:
JUAN CARLOS TOVAR SOSA**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





UNIVERSIDAD
VASCO DE QUIROGA

Facultad de Psicología

"La importancia del Diplomado en
Psicodiagnóstico para una adecuada
valoración"

TESINA

que para obtener el Título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

presenta:

JUAN JOSE TORRES BUCIO

Asesor de Tesina: Mtro. Juan Carlos Tovar Sosa

RUOE 020 SEP

CLAVE: 16PSU0004J

Morelia, Mich.

Agosto 2000

2000
O ZAVALA



T138



UNIVERSIDAD
VASCO DE QUIROGA

Facultad de Psicología

“La importancia del Diplomado en
Psicodiagnóstico para una adecuada
valoración”

TESINA

que para obtener el Título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

BIBLIOTECA
presenta:
CAMPUS SANTA MARÍA

JUAN JOSE TORRES BUCIO

Asesor de Tesina: Mtro. Juan Carlos Tovar Sosa

RUOE 020 SEP

CLAVE: 16PSU0004J

Morelia, Mich.

Agosto 2000.

Que todos los seres vivientes logren la felicidad
y sus causas.

Que todos los seres vivientes se liberen del sufrimiento
y de sus causas.

Que todos los seres vivientes nunca se vean separados
del Gran Gozo que desconoce el sufrimiento.

Que todos los seres vivientes moren en la ecuanimidad,
libres del apego y la aversión, actitudes por las cuales
consideramos a unos cercanos y a otros lejanos.

Los Cuatro Pensamientos Inconmensurables.

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco sinceramente a todos aquellos que directa o indirectamente contribuyeron a la realización de este trabajo.

En primer lugar, por supuesto, agradezco a mi familia –mis padres y mi hermana- ya que, sin su bondad, este trabajo resultaría simplemente inimaginable. Muchísimas gracias por todo, por su apoyo, comprensión y paciencia.

Agradezco a mis maestros, de igual forma, por la transmisión desinteresada de sus conocimientos.

Pero, debido al interser –esto es, la complejísima interconexión, interdependencia e interrelación de todos los fenómenos-, reconozco que no hubo nadie que no haya contribuido con su generosidad, aunque sea en proporciones pequeñas, a la concretización de esta tesina. Es a todos ellos a los que agradezco profundamente y ulteriormente a los que dedico todo lo positivo que haya surgido de esta sencilla investigación. Que por haberse realizado esta tesina se incremente la felicidad y el bienestar de todos los seres.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO 1.....	3
JUSTIFICACION.....	4
HIPOTESIS.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVO GENERAL.....	6
OBJETIVOS PARTICULARES.....	6
IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.....	7
METODOLOGIA.....	7
SUJETO Y ESCENARIO.....	8
CAPITULO 2.....	9
HISTORIA CLINICA.....	10
1. FICHA DE IDENTIFICACION.....	10
2. MOTIVO DE CONSULTA.....	10
3. PADECIMIENTO O PROBLEMA ACTUAL.....	11
4. AREA FAMILIAR, FAMILIA DE ORIGEN.....	13
FAMILIOGRAMA.....	14
5. DATOS EVOLUTIVOS.....	17
6. ADOLESCENCIA.....	17
7. AREA ESCOLAR.....	18
8. AREA LABORAL.....	19
9. RELACIONES INTERPERSONALES.....	19

10. AREA SEXUAL.....	19
11. VIDA MARITAL.....	20
12. FARMACODEPENDENCIA.....	20
13. COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL.....	20
14. EXAMEN MENTAL.....	20
15. DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO.....	22
16. DIAGNOSTICO NOSOLOGICO PRINCIPAL.....	23
17. PRONOSTICO.....	23
18. TRATAMIENTO.....	24
CAPITULO 3.....	26
INTERPRETACION DEL MMPI.....	27
INTEGRACION FINAL.....	29
CAPITULO 4.....	32
MARCO TEORICO.....	33
1. DEFINICION DE DEPRESION.....	33
2. CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA DEPRESION.....	35
3. CLASIFICACION DE LA DEPRESION.....	38
4. TRASTORNO DISTIMICO.....	43
5. CONCEPTOS HISTORICOS Y PSICODINAMICOS DE LA DEPRESION.....	47
CAPITULO 5.....	57
CONCLUSIONES.....	58
BIBLIOGRAFIA.....	60
ANEXOS.....	61

INTRODUCCION

Parte de la ética profesional es, sin duda, la constante, sistemática y entusiasta actualización en diferentes campos de nuestra labor como profesionistas, para devenir, ulteriormente, en verdaderos profesionales, en beneficio de aquellos que solicitan nuestros servicios. ¿Cómo no va a ser importante la actualización, cuando son seres humanos y su bienestar emocional nuestro campo de trabajo?

Este trabajo de investigación es el fruto final de, precisamente, un proceso de actualización, específicamente dentro del amplio campo de la valoración psicodiagnóstica. Por supuesto, es igualmente una opción para obtener el título de Licenciado en Psicología. Toda historia clínica es una historia de amor: donde encontramos una compleja trama de odio, celos, apego, deseos, triangulaciones, pérdidas y separaciones conformativa de la estructura caractereológica de cada paciente. Pero en el paciente deprimido, parece ser que esa novela romántica adquiere intensidad desusada terminando casi siempre con un matiz trágico, debido a las carencias emocionales, pérdidas y separaciones que tiene que vivenciar a lo largo de su existencia. Es, pues, menester comprender cabalmente cómo es que los procesos depresivos funcionan para poder diferenciarlos de aquellos procesos, a pesar de su calidad dolorosa, normales. Sólo conociendo en profundidad a la depresión se cuentan con las armas necesarias para lidiar con uno de los peores enemigos de la humanidad actual - ¿o desde sus inicios?-

En el capítulo uno se exponen datos de índole general como son: la importancia de realizar evaluaciones psicodiagnósticas, la importancia que tiene el presente trabajo, el planteamiento del problema, las hipótesis con las que se trabajó, descripción del sujeto al

que se le realizó la valoración y el escenario, al igual que la descripción de la técnica y metodología utilizadas.

En el capítulo dos se expondrá el caso de Ana, un caso de trastorno depresivo de tipo distímico.

En el capítulo tres se darán a conocer los resultados de las pruebas aplicadas.

En el capítulo cuatro se analizan varios puntos teóricos sobre el fenómeno de la depresión. Primeramente, se exponen algunas definiciones aproximatorias de la depresión. A continuación se exploran las características clínicas de la depresión. En tercer lugar, serán esbozadas dos clasificaciones de esta enfermedad. Después se exponen algunos puntos sobre el trastorno distímico propiamente dicho, finalizando con una revisión histórica y de conceptos psicoanalíticos sobre la depresión en general.

En el capítulo cinco, por último, se dan las conclusiones de esta investigación.

CAPITULO 1

JUSTIFICACION

Es, sin duda, el psicodiagnóstico uno de los procedimientos más complejos y delicados dentro de la labor como psicólogos. Llevarlo exitosamente demanda una gran cantidad de conocimientos teóricos y técnicos, a la vez que el desarrollo de una cierta habilidad aprendida con la práctica.

Pero, además de esto, es imprescindible conocer con amplitud este proceso pues el psicodiagnóstico es una de las herramientas más poderosas con las que cuenta el clínico. Ciertamente, la canalización de pacientes, el pronóstico acertado y, por qué no, el éxito en el tratamiento psicoterapéutico propiamente dicho, dependen de un acertado psicodiagnóstico obtenido en base a una buena entrevista, una correcta recolección de datos para la historia clínica y una buena aplicación, calificación e interpretación de pruebas y tests psicométricos.

Sólo cuando se conjuntan estos tres elementos –entrevista con miras a la obtención de la historia clínica y la correcta utilización de material psicométrico- con una sensibilidad e intuición desarrolladas con la práctica y, por supuesto, un amplio conocimiento teórico nosológico se obtendrá un diagnóstico certero.

En efecto, es imprescindible conocer las técnicas de entrevista pues es ésta la que permite la obtención de datos; siempre teniendo en mente el formato de historia clínica que, llenado correctamente, es el que ulteriormente proporcionará las hipótesis diagnósticas. Además, el material psicométrico es el que coadyuva a la reafirmación o refutación de aquéllas.

Es todo esto la importancia de llevar a cabo valoraciones psicodiagnósticas completas.

HIPOTESIS.

- Una experiencia de pérdida (de un objeto de amor, un objeto material significativo o un objeto simbólico de implicaciones emocionales para una persona) desembocará en muchos casos en un periodo depresivo o duelo patológico si se conjunta, junto con aquélla, una dependencia de nutrimentos narcisistas externos, problemas en la regulación de autoestima y hambre de estímulos u oralidad.
- Una experiencia de pérdida –sobre todo en etapas tempranas de desarrollo- acarrea sentimientos de rabia, frustración y culpa que, debido a la severidad del super-yo, la rabia deviene autoagresión provocando el fenómeno depresivo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el caso de un trastorno depresivo se reacciona ante las pérdidas y separaciones naturales de la vida con perturbaciones a nivel emocional y conductual. La persona, ante esta situación, experimenta lesionada su autoestima precariamente estructurada. Todos los seres humanos hemos pasado alguna vez por la experiencia de una pérdida y el consiguiente proceso de duelo normal. Pero en la persona depresiva tal proceso deviene patológico debido a características cualitativas y cuantitativas.

Casi podría decirse que no hay ningún autor psicoanalítico que no haya explorado, al menos con relativa superficialidad, el fenómeno ubicuo de la depresión.

Se ha visto que la depresión no hace ninguna diferencia en edad, sexo o raza, pues podría decirse que algunos neonatos, en circunstancias particulares, experimentan cierto tipo de depresión –anaclítica-.

Surgen preguntas ante tal ubicuidad: ¿es la depresión una enfermedad, un síndrome o una reacción emocional? ¿Todo fenómeno depresivo es, por definición, patológico?

O sea, cómo delimitar aquello que es patológico de aquello que, aunque perturbador y subjetivamente doloroso, no lo es.

La pregunta obligada siguiente sería: ¿la depresión es un fenómeno de origen interno o de origen externo? ¿Y cuál es la relación entre estos dos orígenes?

Es decir, ¿existe en el depresivo la predisposición innata hacia la depresión –sea esta predisposición orgánica o psíquica- ? ¿O cualquier ser humano, ante experiencias ambientales específicas, sano relativamente, puede reaccionar deprimiéndose?

OBJETIVO GENERAL. Encontrar factores intrapsíquicos y ambientales que favorecen el desarrollo de un trastorno depresivo.

OBJETIVOS PARTICULARES.

- Demostrar la importancia de las pérdidas en la historia temprana como predisponentes a la depresión adulta.
- Demostrar el papel que juega la tríada frustración, rabia y culpa en los fenómenos depresivos.
- Conocer las manifestaciones de los trastornos depresivos para poder detectarlos y canalizar a la persona a la terapia más útil.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Con el presente trabajo se pretende dar a conocer un caso más de trastornos depresivos –concretamente, trastorno distímico-, concientizar de que es un problema real y grave en este país. Es importante saber esto, pues es importante detectarlo pronto y actuar hábilmente con este tipo de pacientes. Recordemos que el aliado de la depresión, lamentablemente en muchos casos, es el suicidio, y la detección oportuna de la depresión es el antídoto contra la cronicidad.

Aunque sólo es un caso y no se presentan estadísticas de este padecimiento en México, sí se presentan las bases suficientes para poder establecer el diagnóstico, información teórica que lo respalda y la posibilidad de ofrecer a esta paciente opciones de tratamiento.

Por supuesto que es también importante hacer el diagnóstico diferencial con otros padecimientos, empresa no siempre fácil.

METODOLOGIA

Se realizó una historia clínica, a través de una serie de entrevistas a la paciente, explorando su situación actual pero también recapitulando los eventos que, a su parecer y al mío, explicarían mejor su padecimiento.

Se empleó la técnica de entrevista psicodinámica para obtener los datos de la historia clínica.

Se aplicaron, calificaron e interpretaron las siguientes pruebas psicométricas:

- WAIS ----- inteligencia.
- Test de la Figura Humana ----- proyectivo.
- Test de Bender ----- proyectivo e índice de organicidad.
- Test de casa, árbol y animal ----- proyectivo.
- MMPI ----- personalidad.
- T. A. T. ----- proyectivo.

La interpretación e integración de las pruebas psicológicas permitieron reunir rasgos de personalidad que, comparados con los datos de la historia clínica, permitieron la formulación del psicodiagnóstico.

Al obtener el psicodiagnóstico, se puede ahora sí formular una posible vía de tratamiento para el padecimiento.

SUJETO Y ESCENARIO

Se realizó la valoración a una mujer de 20 años de edad, de nivel socioeconómico medio-bajo, estudiante universitaria, soltera, sin historia previa de padecimientos psiquiátricos.

Las entrevistas y la evaluación fueron hechas en el consultorio privado del evaluador.

Ofense

27 semestre de la Licenciatura de

CAPITULO

2

Gramática, México

de su post...

HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA.

1. FICHA DE IDENTIFICACION.

- NOMBRE. Ana.
- EDAD. 20 años.
- FECHA DE NACIMIENTO. 16 de enero de 1980.
- SEXO. Femenino.
- ESTADO CIVIL. Soltera.
- OCUPACION. Estudiante.
- ESCOLARIDAD. 3er. semestre de la Licenciatura de Contabilidad.
- LUGAR DE NACIMIENTO. Morelia, Michoacán.
- LUGAR DE RESIDENCIA. Morelia, Michoacán.
- RELIGION. Católica (practicante).
- FECHA DE ENTREVISTA. 27 de mayo del 2000.
- FUENTE DE INFORMACION Y FIDELIDAD. Fuente directa; confiabilidad aceptable.

se los fuertes conflictos que le sur

2. MOTIVO DE CONSULTA. la que lo ha agraad

La paciente no acudió a mí en busca de un tratamiento psicológico. Fui yo quien le pedí que fuera sujeto de este proceso de psicodiagnóstico. No obstante, Ana hace tres semanas que acude a psicoterapia, y voy a decir los motivos que la impulsaron a ello.

Manifiesto.

Ana deseaba acudir a tratamiento pues padece de conflictos en su hogar, con la pareja de su padre. Dice que ya no quiere vivir en esa casa, que “el barrio está muy feo” y

siente más inclinación a irse a vivir con su tía (hermana de su difunta madre) donde se siente más a gusto.

Además su tía y su prima, hija de aquélla, le recomendaron que acudiera a tratamiento psicológico, ya que las pasadas vacaciones de Semana Santa, como todas las vacaciones, Ana fue a pasar unos días en casa de sus familiares; pero terminado el ciclo vacacional quería continuar viviendo en casa de su tía; ya no quería regresar a vivir a casa de su padre. La tía la obligó a que regresara a ésta, diciéndole que los hijos debían estar cerca de los padres. La tía y la prima –esta última es psicóloga- le recomendaron el tratamiento pues creyeron que lo necesitaba.

Ana tiene muchas esperanzas de que en el tratamiento al que acude encuentre respuestas a qué hacer y cómo mientras aún viva en la casa de su padre, pues sigue con la idea de abandonar ese lugar. Además cree que en estas tres semanas de tratamiento ha encontrado algunos aspectos de su personalidad que desconocía.

- Latente.

Ana afirma que el deseo de abandonar la casa de su padre se debe a lo alejado y feo de la colonia donde está ubicada. Empero, subyacemente se vislumbra el deseo de alejarse de los fuertes conflictos que tiene muy a menudo con la pareja de su padre e irse a vivir a casa de su tía a la que le ha asignado una imagen maternal. Además, vivir en casa de su padre le produce sentimientos depresivos y se siente atrapada, sin libertad.

3. PADECIMIENTO O PROBLEMA ACTUAL.

Periodos de depresión es la queja consciente que tiene Ana. Afirma “siempre he tenido depresión”; esto es, desde que tenía aproximadamente doce años. Los periodos

depresivos han persistido a lo largo del tiempo. No han aumentado en intensidad, pero hay pocos espacios libres entre ellos.

Ana permaneció seis meses viviendo sola en Acámbaro, Guanajuato cuando tenía quince años y esto influyó en que su depresión se remarcara. La razón por la que vivió sola en Acámbaro fue que su padre se vino a vivir a Morelia, intentando alejarse de su segunda esposa y buscando el apoyo de sus hermanos.

La paciente tiene cinco años viviendo aquí en Morelia. Al llegar –dice- “era rebelde, apática, antisocial”. Fue directamente a vivir a casa de su tía, donde estuvo dos años, antes que su padre se uniera a su actual pareja. Ocurrido esto, su padre la recogió de la casa de su tía y la llevó a vivir con ellos, aunque Ana no quería. Ésta cree que haber vivido en casa de su tía le ayudó mucho pues “es una familia muy sana”.

En casa de su tía siempre estaba dormida, comenta. Pero comenzó a salir a la calle y a socializar gracias al apoyo emocional de su tía y prima.

Actualmente, en ocasiones la paciente no acude a sus clases debido a que se siente deprimida; todo el día permanece en pijama, acostada, llorando. Duerme mucho y se acuesta temprano pero despierta cansada costándole mucho esfuerzo levantarse por la mañana. Sin embargo, últimamente, ha comido mucho pues tuvo una época en la que no tenía apetito. De esto hace aproximadamente un mes que concluyó. El anterior semestre adelgazó mucho ya que “casi no tenía tiempo para comer por culpa de las clases”.

Ana se considera impulsiva; pero para tomar decisiones es muy racional y anticipa meticulosamente las posibles consecuencias. Le cuesta mucho trabajo decir lo que siente; por ejemplo, expresar afecto verbalmente a su tía, su prima o su padre, a los que

quiere mucho. Se considera muy fácil de palabra, habla mucho y no le cuesta entablar conversación con casi nadie.

4. AREA FAMILIAR. FAMILIA DE ORIGEN.

El padre sufre de hipertensión arterial, enfermedad que tiene historia en la familia; ha habido también historia de alcoholismo en los hermanos de su padre, aunque no en éste.

La madre de Ana murió cuando esta tenía 8 años. No recuerda la edad de su madre al momento de morir. Sus padres “se casaron ya grandes, cerca de los 30 años”.

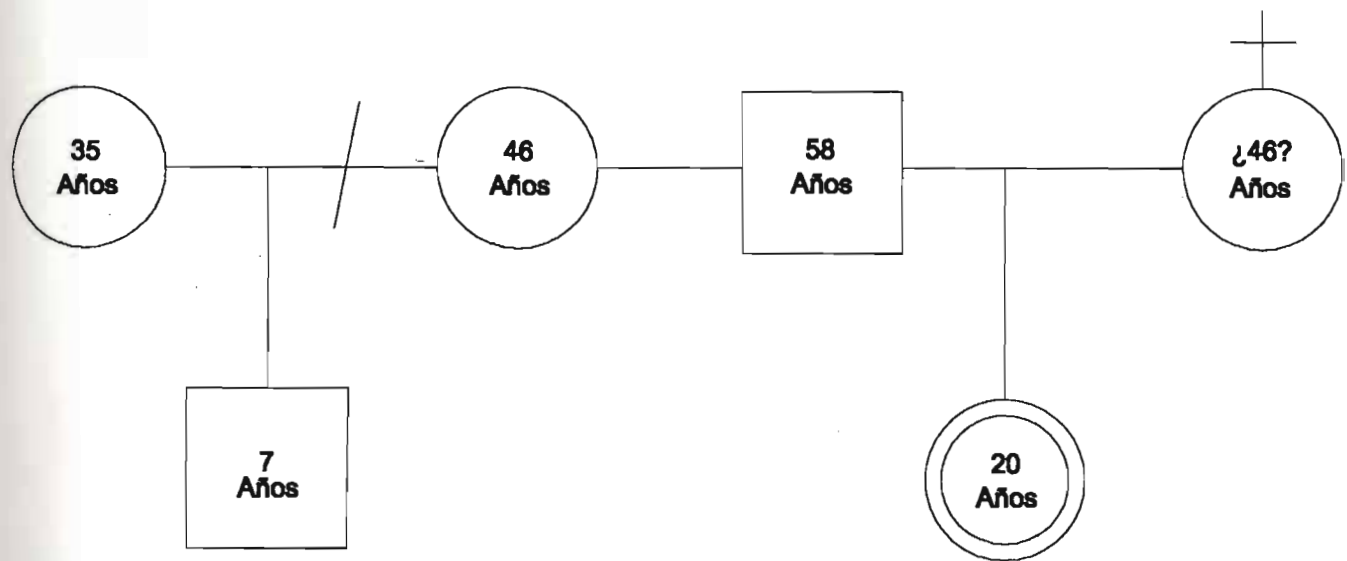
Posiblemente, dice Ana, no lo sabe a ciencia cierta, su madre era mayor que su padre.

No fue sino hasta seis años después del matrimonio que nació la paciente. Antes había habido un aborto mas desconoce el tiempo aproximado antes de que ella naciera. La causa de la muerte de la madre fue un tumor canceroso ubicado en la caja torácica; no conoce el sitio exacto pero fue causado por el tabaquismo juvenil de la madre. Después de que nació Ana, su madre disminuyó la frecuencia en su manera de fumar.

La paciente no se enteró del fallecimiento de su madre sino hasta una semana después de ocurrido. Se lo comunicó su padre directamente y sin más explicaciones. La madre estaba internada hacía unas semanas en Guadalajara y los médicos habían pronosticado que el siete de enero de aquel año sería dada de alta. Ana en su carta a los Reyes Magos había pedido como regalo la salud de su madre. Pero ésta murió el 6 de enero, exactamente.

Ana recuerda haber reaccionado ante la noticia de la muerte de su madre con mucho dolor. Despertaba llorando por las noches por aquella época; era sonámbula; no podía conciliar el sueño; se volvió grosera; casi no comía; hacía berrinches. A la muerte de su madre, estuvo viviendo un tiempo en casa de unos tíos y luego en casa de su tía.

FAMILIOGRAMA



Ana tiene pocos recuerdos de su madre. Lo único que rememora es que ésta la quería mucho y le daba mucho afecto; y que el ambiente familiar de aquel entonces era muy bueno. Había cariño entre ellos y pasaban mucho tiempo juntos.

El padre es actualmente vendedor. Ayuda en el negocio de un amigo suyo –amigo que le presta la casa donde viven -. En Acámbaro, lugar de donde es originario, tuvo puestos gerenciales en Bancos y en una empresa automotriz. También cuando llegó a Morelia consiguió un puesto importante en un Banco. Sin embargo, hace algún tiempo – cerca de tres años – que no logra conseguir un trabajo importante. Ana cree que su padre también está muy deprimido. Él dice a veces que se quisiera morir. Su queja principal es la crisis económica por la cual pasa.

El padre de Ana padece de dolores del brazo izquierdo y ella teme que sufra algún día un ataque cardíaco. Como la única razón por la que la paciente no abandona su casa es por su padre, porque le quiere y le preocupa que se vaya a deprimir aun más, dice que a veces piensa que la única forma de lograr su objetivo de dejar la casa paterna es que su padre muera. No obstante, asegura que no desea conscientemente la muerte de su padre. Por lo demás, el padre tiene buena salud. Antaño era aficionado al deporte. Con su actual pareja se lleva muy bien “aunque es una mujer muy posesiva y celosa”, incluso con Ana. Ésta y la pareja de su padre tienen varios conflictos y hasta ha habido violencia verbal entre ellas. Y a causa de estas riñas el padre y su mujer han llegado a tener discusiones a su propia vez. Incluso ésta ha amenazado al padre con abandonarlo por defender y ponerse del lado de su hija. Empero, él queda firme en su apoyo y preferencia a su hija ante las amenazas de su pareja.

Él la conoce desde hace tres años y, a percepción de Ana, su salud y semblante han mejorado ya que “antes de que la conociera estaba muy demacrado”.

Su tía es una persona muy importante en la vida de Ana, igual que su prima, hija de aquélla. Siempre ha tenido una relación muy estrecha con su tía pues incluso ya de niña la frecuentaba. La razón de este vínculo tan cercano es que la madre de Ana y su tía eran unas hermanas muy unidas. De su tía obtiene un apoyo emocional y económico ya que le paga el 50% de la colegiatura de su carrera universitaria. Es una mujer de más de sesenta años. Su prima tiene 25 años. Igualmente con su padrino tiene una buena relación. La paciente considera a esta familia una muy unida, “donde hay apoyo recíproco, principios, valores y amor”.

Con su segunda esposa – Lucy, una secretaria de él desde antes de quedar viudo – el padre de Ana estuvo casado tres años y procrearon un niño. El ambiente familiar de entonces era muy malo, dice la paciente. Diariamente había amenazas de divorcio. Esta mujer desfalcó económicamente a su padre. Con Lucy tenía una relación como de hermana. Ana la quería mucho y le tenía mucha confianza incluso antes de que se casaran y después de haberse separado. Sin embargo, no fue sino hasta tiempo después de la separación que se enteró que Lucy había tratado de separarla de su padre, de hacer que se deteriorara la relación entre ellos; cosa que consiguió relativamente. Lucy le platicaba a Ana “asuntos íntimos –de su vida marital- que no debió de platicar”. El padre y Lucy no se han divorciado; y él no frecuenta a su hijo de siete años. Ana quiere mucho a su medio hermano aunque hace cerca de dos años que no lo ve. El padre permaneció dos años viudo antes de contraer nuevas nupcias con Lucy.

El ambiente familiar actual es “muy tenso y agobiante”. Según la paciente la mujer de su padre está celosa de ella, con la que rivaliza. Este ambiente familiar ha sido la causa de que ya no quiera seguir viviendo en esa casa e incluso lo ha hablado seriamente con su

padre. Este ambiente deprime a la paciente. No le gusta estar en casa, y cuando está se encuentra de mal humor.

5. DATOS EVOLUTIVOS.

El nacimiento de Ana fue por cesárea. Fue un parto difícil. Antes de su concepción había habido un aborto. Pero no da más datos por desconocerlos.

Primera infancia.

Siempre ha sido platicadora, igual en esta época de su vida. Se recuerda hablando mucho, tranquila, seria, mimada, tímida y desconfiada. Tenía amigos a los que quería, sobre todo en tercero de kinder. Cree que se llevaba bien con toda la gente. En esta época tuvo dos “crisis nerviosas” surgidas de un miedo incipiente a la muerte que forjó a partir de que comenzó a preguntar a los adultos sobre estos temas. No especifica quiénes fueron los interrogados. Debido a este miedo no podía dormir por las noches, le temía mucho a la oscuridad y solo podía conciliar el sueño con la luz encendida pues oía pasos. Pero estos miedos se esfumaron por sí solos, comenta.

Niñez.

Después de morir su madre se tornó bastante agresiva con toda la gente que le rodeaba. Fastidiaba a los maestros en la primaria hablando en clase. No proporciona más datos sobre esta época.

6. ADOLESCENCIA.

Se recuerda “rebelde con medida, agresiva, tenía pocas amigas pero buenas”. En este periodo de su vida se deterioró la relación con su padre. Ya se deprimía teniendo ganas de morirse aunque afirma que nunca acarició ideas suicidas. En la secundaria desarrolló

un coraje intenso contra Dios a causa de la muerte de su madre y el nuevo casamiento de su padre. Después, en preparatoria, reencontró la fe.

7. AREA ESCOLAR.

- Preescolar.

Ingresó a los cinco años a segundo de kinder. Era una escuela particular, laica, en el turno matutino. No lloró al separarse de su madre el primer día de clases pero recuerda que sí tenía miedo. También recuerda que quería a sus maestras y se llevaba bien con sus compañeros.

- Primaria.

Ingresó a los siete años de edad. Era una escuela particular, religiosa y también acudía por las mañanas. Tuvo buen aprovechamiento escolar y buena conducta. "Era buena para leer". Terminó tercero aquí en Morelia y se fue nuevamente a Acámbaro al concluir.

- Secundaria.

La hizo en Acámbaro en una escuela de monjas; era muy aplicada. No da más datos.

- Preparatoria.

La hizo aquí en Morelia en un colegio de monjas. "Aquí ya no era tan rebelde".

- Profesional.

Está muy a gusto con la elección de su carrera -Contabilidad -. Tiene muy buenas calificaciones y tiene varias buenas amigas. Estudia en una universidad privada en el turno matutino.

8. AREA LABORAL.

Ha tenido dos trabajos en su vida: el primero fue en una editorial. No le gustó el tipo de trabajo que desempeñaba: era vendedora de oficina. Permaneció en este trabajo cuatro meses. En la actualidad trabaja con un sacerdote desde hace tres meses. Le ayuda en los cursos que él imparte, se encarga del catecismo y hace escritos en la computadora. Se encuentra a gusto: le pagan bien, no hace gran cosa y se lleva bien con el sacerdote; el único inconveniente es que no tiene día libre.

9. RELACIONES INTERPERSONALES.

Se considera una persona sociable aunque tímida en circunstancias sociales nuevas. En la actualidad puede llevarse mejor con la gente; según su opinión, sus relaciones son más profundas. No especifica desde cuándo. Le es más fácil relacionarse con mujeres que con hombres y, efectivamente, tiene más amigas que amigos. Sus amigas son de aproximadamente su misma edad y de parecida condición socioeconómica. No se considera conflictiva ni competidora.

10. AREA SEXUAL.

Su pubertad, recuerda, dio inicio alrededor de los 12 o 13 años. Recibió los cambios sexuales "con gusto y emoción". Padece actualmente de cólicos menstruales moderados. Nunca ha tenido relaciones sexuales aunque dice sentirse satisfecha sexualmente. Ha aceptado su impulso sexual con gusto y emoción. Reconoce tener miedo por la sexualidad, en el sentido de que considera que "los hombres nada más buscan eso y la mujer es la que tiene todo que perder y nada que ganar". Además, tiene miedo por cómo será la primera vez que tenga relaciones sexuales; no sabe cómo

actuar, ni qué sentir o decir; cuándo será el momento adecuado para hacerlo y con qué muchacho decidirse a dar ese paso.

11. VIDA MARITAL.

Nunca ha tenido novio. Ha tenido varias veces interés por muchachos pero sin que se concrete una relación con ellos. Considera estas experiencias como duelos no elaborados. Cree que los hombres que le han interesado tienen algunas semejanzas entre sí: son personas que muestran tener problemas emocionales, muchachos desubicados; incluso físicamente encuentra semejanzas en sus facciones. Son además personas serias y cerradas pero “algo egoístas y buscando solo tener ventaja”.

12. FARMACODEPENDENCIA.

Nunca bebe alcohol; de hecho, nunca lo ha bebido en exceso, mas que una cerveza ocasionalmente. No le gusta beber alcohol. Tampoco fuma y nunca lo ha hecho. De la misma manera nunca ha consumido drogas ni medicamentos.

13. COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL.

Ausente.

14. EXAMEN MENTAL.

- Conducta y aspecto general de la paciente.

La paciente se muestra colaboradora con el entrevistador, segura de sus respuestas, tranquila y relajada. Son escasos sus movimientos de manos y brazos. Más bien suele hacer gestos y cambios de entonación para enfatizar algún aspecto del discurso. La

paciente acudió a la primera entrevista con unos jeans color azul y una camiseta gris holgada. Su aliño e higiene personales son adecuados, sin embargo no luce muy femenina. Utiliza poco maquillaje y pocos ornamentos a excepción de algunos collares de cuentas y pulseras de plata. Es una mujer de 1.75 mts. aproximadamente. Pesa 54 kgs. Su cabello es negro, quebrado y le llega un poco arriba de los hombros. Su tez es morena clara. Sus ojos son oscuros, grandes y expresivos, expresando en algunas entrevistas tristeza e insatisfacción. Su nariz es pequeña igual que su boca. No muestra ninguna señal característica. Convencionalmente puede ser considerada una “mujer bonita”. Su cuerpo está relativamente bien proporcionado, mostrando sin embargo una marcada diferencia entre sus porciones superior e inferior: más bien delgada de arriba con senos pequeños y cadera muy desarrollada, en comparación. Da la impresión de tener un torso frágil, infantil, subdesarrollado; y una cadera y piernas muy femeninas, desarrolladas, muy sexualizadas (aunque buscando esconder en ella todo rasgo de sexualidad y erotismo).

- Estado de la cognición y del sensorio.

La paciente no muestra ningún trastorno en los diferentes aspectos cognitivos: su conciencia, memoria, percepción, atención, lenguaje y pensamiento están intactos. El sensorio de la paciente está igualmente normal. Recibe, interpreta y reacciona a los estímulos externos sensoriales de manera adecuada.

- Discurso.

Su discurso es coherente, realista, con las ideas conectivas bien estructuradas. Utiliza muy escasamente muletillas. Su vocabulario es amplio aunque no hace uso exagerado de palabras rebuscadas. No se observan, pues, tendencias racionalizadoras. Sus respuestas son concisas aunque amplias. Hace uso de diferentes tonos de voz para

enfatar algún aspecto de su discurso lo que da la impresión al discurso de exuberancia. Su volumen de voz es adecuado, con escasas elevaciones. No existe tartamudeo y fueron escasísimos los lapsus linguae. Por último, hace buen uso de la puntuación y la velocidad del discurso es moderada.

- Creencias y experiencias anormales de interpretación de eventos.

Ausentes.

- Afectividad.

Muestra escasas pruebas de afectividad. Únicamente hubo turbación (rubor, nerviosismo) al hablar sobre aspectos sexuales de su vida. No obstante, no se vislumbraron tendencias intelectualizadoras utilizadas para controlar alguna emoción.

15. DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO.

La paciente tiene una estructura caractereológica neurótica. Sufre de síntomas depresivos: pasividad motora, falta de iniciativa, hipersomnia, falta de concentración, ausencia de intereses, pérdida de voluntad. Muestra una personalidad paranoide: desconfianza, mecanismos de proyección, ideas de referencia, ansiedad en relaciones interpersonales, hipersensibilidad e interpretación errónea de estímulos sociales. También presenta rasgos de histrionismo: infantilismo, ansiedad sexual, represión, seducción, se relaciona afectivamente con el medio, inmadurez, jugueteo, narcisismo y egoísmo.

Las tensiones actuales que tiene en su casa y la depresión de su padre son circunstancias que coadyuvan a la manifestación de su personalidad paranoide y sus síntomas depresivos. Empero, tiene un buen nivel de adaptación a la realidad. Su capacidad intelectual le permite sortear sus conflictos y tensiones que padece, hasta cierto punto.

16. DIAGNOSTICO NOSOLOGICO PRINCIPAL.

Eje I F34.1 Trastorno distímico de inicio temprana [300.4]

Eje II F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad [301.0]

Eje III Sin diagnóstico.

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo: conflictos intrafamiliares.

Eje V. EEAG=65 (actual).

17. PRONOSTICO.

Pronóstico favorable. Existe en la paciente una sensación de displacer lo que la motiva a buscar alternativas en la resolución de sus conflictos. Su inteligencia brillante le permite hacer uso de muchos recursos psicológicos con los que podría sortear las dificultades del tratamiento psicoterapéutico. Tiene además un alto nivel de adaptabilidad. Su estructura yoica es fuerte, lo que conllevaría una recuperación importante a mediano plazo. No obstante, el pronóstico podría verse complicado a causa de su pasividad y del uso de mecanismos de defensa como la proyección, la represión, el aislamiento y el ahogo afectivo.

- Condiciones:

1. Que el terapeuta aparezca como un objeto estable y permanente para la paciente, así disminuirá su ansiedad paranoide y desconfianza y temor al abandono facilitando la identificación introyectiva con el terapeuta.
2. Que el terapeuta asuma el rol de objeto bueno nutridor (pecho bueno, según Melanie Klein) para procesar y reparar las carencias afectivas de la paciente.
3. Que el terapeuta asuma el rol de padre-buenos (según Melanie Klein) para que la paciente logre disminuir su ansiedad paranoide respecto a la imagen masculina y

disminuyan sus mecanismos histeroides, logrando integrar su ternura y erotismo catectizando a un hombre en forma adulta y objetal, no narcisísticamente (como lo ha hecho hasta ahora: “me gustan los hombres con problemas emocionales, serios, desubicados, etc.)

4. Que el terapeuta soporte la seducción y las necesidades narcisistas de la paciente.
5. Que la paciente disminuya sus mecanismos de defensa paranoides, proyección e identificación proyectiva.
6. Que el terapeuta asuma la función de continente de las ansiedades paranoides y depresivas de la paciente. Y que sea capaz de soportar las proyecciones de la paciente.

18. TRATAMIENTO.

- Tipo de tratamiento.

Se recomienda una terapia psicoanalítica o gestalt (esta última es la que ha elegido la paciente) por lo menos durante tres años, con sesiones semanales. Se recomienda la utilización de técnicas abreactivas, catárticas y de expresión.

Se han de explorar los objetos perdidos que han carenciado a la paciente. Para esto funcionaría adecuadamente la terapia psicoanalítica. Y luego, expresar su ira y tristeza a causa de tales pérdidas. También ha de explorarse profundamente el complejo edípico para que Ana logre una identificación plena con su imago materna introyectada y asuma su rol de hija, evitando así los celos inconscientes que siente hacia las parejas de su padre. Además, con la resolución del Edipo, la ansiedad en sus relaciones heterosexuales disminuirá y su proyección de hostilidad también.

- Objetivos a corto plazo.

- Identificación de objetos perdidos.
- Exploración de causas de las pérdidas.
- Expresión de ira y tristeza a causa de las pérdidas.
- Exploración de recursos actuales (objetos internos y externos).
- Limitación de mecanismos de identificación proyectiva por los que la paciente pierde en los objetos externos partes buenas de su self. (Esto se ve, por ejemplo, en sus enamoramientos frustrados seguidos de depresión y en la idealización de su tía).
- Elevación de su autoestima.

- Objetivos a mediano plazo.

- Exploración del complejo de Edipo con su gama de emociones.
- Síntesis emocional hacia la madre: amor, celos y odio.
- Expresión de odio hacia la madre a causa de haberla abandonado por su muerte. (Su odio hacia la madre se ve en su cambio de carácter después de su muerte y en la idealización compensatoria de su tía).
- Síntesis emocional hacia el padre: deseo sexual y miedo al rechazo, y odio por ello.
- Expresión de tales emociones.

CAPITULO

3

INTERPRETACION DEL MMPI.

VALIDEZ.

Este es el perfil de una mujer de 20 años que cooperó, comprendió el instructivo y contestó las frases de manera esmerada. El perfil es válido. Resolvió el inventario en una hora y cuarenta minutos, aproximadamente.

La puntuación de la escala L muestra a la persona equilibrada sanamente entre encubrirse y exhibirse. La paciente respondió honestamente a la prueba.

La puntuación de la escala F muestra que la paciente contestó a las interrogantes de una manera racional y pertinente. Es una persona normal, relativamente libre de tensión, que mantiene una buena adaptación. Es una persona convencional y de pocos intereses que puede, no obstante, tener algunas reacciones emotivas.

La puntuación de la escala K enseña que la paciente es una persona normal –aunque con ciertas tendencias neuróticas- con un equilibrio entre la apertura y la protección hacia ella misma, es decir, es una persona libre y abierta en sus autodescripciones y admite sus limitaciones. Muestra además un nivel alto de adaptabilidad, de fuerza yoica y una positiva imagen de sí misma.

INTERPRETACION.

En este perfil la paciente muestra personalidad paranoide leve que probablemente se comporta de manera desconfiada, defensiva, inconforme ante cualquier tipo de crítica que le afecte. Se encuentran también los siguientes rasgos: primordialmente la proyección de culpa y hostilidad; es una persona rígida, extremadamente sensible y

muy obstinada. Es además difícil relacionarse con ella; interpreta y percibe de manera inadecuada los estímulos sociales. Presenta, pues, rasgos claramente paranoides.

La elevación de la escala 5 muestra a la paciente como una mujer pasiva, sumisa y restringida. Parece tener lástima de sí misma y a la vez encuentra errores en toda la gente.

La escala 4 muestra a la paciente como inconforme. No es impulsiva – estrictamente hablando- ni presenta sentimientos inapropiados. Es independiente. Y tuvo dificultad en la aceptación de normas sociales.

La puntuación de la escala 3 muestra a la paciente con poca tendencia a la somatización. Más bien se trata de características de una personalidad histeroide. Es egoísta y necesita percibirse de manera favorable. Además, no comprende sus relaciones interpersonales.

Con la elevación de la escala 9, la paciente aparece como una persona agradable, sociable, con la particularidad de ser amable, de buen temperamento. Es una persona a quien los demás consideran feliz, es decir, se caracteriza por su optimismo, confianza en sí misma (impresión que da a los demás), independencia y deseo de libertad.

INTEGRACION FINAL

AREA NEUROLOGICA

La paciente no muestra daño neurológico. Tampoco presenta problemas de vista u oído. Tiene correctamente desarrollados los tactos fino y grueso. Tiene adecuada coordinación viso-motora.

AREA INTELECTUAL.

La paciente obtuvo un coeficiente intelectual de 106 en la Escala Verbal (normal) y un coeficiente de 116 en la Escala de Ejecución (normal brillante). Tiene un CI total de 111, correspondiente a una inteligencia normal brillante. La prueba aplicada indica, pues, que la paciente tiene mayor desarrollo en las siguientes áreas: pensamiento abstracto, generalización, asociación, formación de conceptos verbales (calidad de lenguaje), capacidad para tareas imitativas, capacidad de atención, velocidad psicomotriz y capacidad de aprendizaje. Sus áreas menos desarrolladas son: capacidad de juicio, capacidad de análisis y síntesis, adaptación rápida a las exigencias de los estímulos e imaginación auditiva.

El índice de deterioro de la paciente es de 0.032, normal y correspondiente con su edad. El Análisis de Dispersión, además, muestra una elevación significativa en la Escala de Ejecución lo que indica un mayor desarrollo en esta área.

AREA SOCIOAFECTIVA.

Ana es una persona con rasgos infantiles y con tendencias a la regresión emocional. Aproximadamente a los tres años y medio sufrió un trauma emocional moderadamente

fuerte lo que muy posiblemente produjo su necesidad de arraigo, aunado esto a sus frustraciones y ansiedades orales que de niña, muy probablemente, tuviera.

Se vislumbran ciertas dificultades en su desarrollo afectivo lo que la impulsa a anhelar, hasta cierto punto, a la imago materna y al pasado. Muestra inclinaciones a la introversión y al retraimiento social a causa de una posición defensiva y una actitud desconfiada y ansiosa respecto a sus relaciones interpersonales que en ocasiones la vuelven impenetrable. Se denotan, pues, claros rasgos paranoides con ideas auditivas de referencia, exagerada receptividad y perceptividad, lo que conlleva que sea superficialmente sociable, egoísta y narcisista como una forma de compensar su timidez. Incluso en ocasiones presenta lapsos de extraversión social, aunque no disminuyen su falta de confianza en las relaciones interpersonales y su ansiedad, especialmente con los hombres.

Es una persona necesitada de apoyo, insegura de sí, con deseos de ser aprobada socialmente, lo que logra teniendo un interés especial en su apariencia personal, siendo amable, considerada, de modales agradables y refinada. A causa de ciertos rasgos histeroideos se relaciona por momentos con el medio en forma afectiva aunque sus afectos e impulsos le producen ansiedad.

La agresividad en especial le produce culpa y ansiedad, por lo que termina reprimiendo su expresión y la hace volver sumisa y pasiva; empero, a veces termina reaccionando emotivamente debido a su control precario de impulsos que puede terminar en arranques impulsivos. En ocasiones recurre a mecanismos obsesivos para controlar su vida impulsiva y emocional.

Tiene un mal ajuste sexual debido a una sensualidad de tipo infantiloides causante de la disociación entre lo sentimental y lo sexual. Tiene, además, un conflicto relativo al

ocultamiento corporal: deseo y temor a exponer el cuerpo. Su interés por la sexualidad está cargado de ansiedad y, por ende, le provoca una preocupación por su cuerpo y apariencia, y por su sexualidad.

Le gustan los hombres fuertes y varoniles. Sin embargo, la virilidad le produce ansiedad. Percibe a la figura masculina de una manera agresiva y poderosa, dando como resultado una clara ambivalencia hacia el sexo opuesto. Utiliza la femeneidad, la seducción y el trato suave para entablar relaciones con personas del sexo opuesto.

Es una persona simple, inteligente, concreta, con más facilidad hacia la vida práctica que hacia la teórica, lo que la dirige hacia lo primero que tiene a su alcance. Está relativamente bien adaptada, es realista y posee una función yoica fuerte. Es una persona equilibrada con algunos accesos de impulsividad. Su autovaloración es objetiva, aunque sufre de periodos depresivos ocasionados de falta de voluntad y concentración que desembocan en preocupación respecto a su productividad.

Concluyendo: Ana es una persona de 20 años relativamente bien adaptada a la realidad. Sufre de algunas inhibiciones, especialmente en el área sexual; carencia que trata de compensar con el jugueteo y el infantilismo, lo que hacen de ella una mujer hasta cierto punto inmadura, aunque realista. Padece de periodos depresivos a causa de frustraciones orales y pérdidas que ha tenido a lo largo de su vida. Trata de defenderse de la depresión mediante la superficialidad social y arranques de extraversión que no hacen más que aumentar la ansiedad respecto a sus relaciones interpersonales, especialmente con el sexo opuesto.

Es una mujer práctica, concreta y simple. Hace uso de lo primero que tiene a la mano logrando atisbarse en esta actitud una falta de voluntad ocasionada de seguro por sus periodos depresivos.

CAPITULO

4

... y en grado de
... en la psicosis
... ilustrado de
... que
... de per
... en f
... (decreci...

MARCO TEORICO.

DEPRESION

1. DEFINICION DE DEPRESION.

A la depresión se le conoce como “la enfermedad de las mil caras”. Lo que nos indica, entre otras cosas, que llegar a definir a esta enfermedad no es tarea fácil como pudiera parecer.

El Diccionario de Psicología de la Princeton University, nos dice: “Es un estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable que puede ser normal o patológico. En este caso la palabra ‘depresión’ designa una disposición psíquica de desesperación y un abrumador sentimiento de insuficiencia y bajeza”.

A su vez el Diccionario de Psicología de Friedrich Dorsh, en su segunda edición en español la define como: “Estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibiciones del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión. Es una manifestación normal cuando hay causas exteriores que la explican. Sin una base normal suficiente y en grado intenso, se presenta en diversas enfermedades mentales, especialmente en la psicosis maniaco-depresiva”.

El Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina Dorland, en su 26ª. edición, enseña: “3. Síndrome psiquiátrico que consiste en pesimismo y tristeza, retardo psicomotor, insomnio y pérdida de peso, a veces concomitantes con sentimientos de culpa y preocupaciones somáticas, con frecuencia de proporciones delirantes”.

Arieti (1981) dice: “(la depresión)... es el pesar que no disminuye con el paso del tiempo, que impresiona como inapropiado o exagerado en relación con el

acontecimiento supuestamente precipitante, que no aparece vinculado con una causa discernible o que toma el lugar de una emoción más congruente. Este pesar aletarga, interrumpe o anula acción; inunda con su sensación de angustia que puede hacerse difícil de contener; tiende a veces a extenderse implacablemente en una psique que parece dotada de una inagotable capacidad de experimentar sufrimiento mental; reaparece con frecuencia, incluso después de una aparente cura. A este estado mental se le denomina depresión”.

Se pueden añadir otras características médicas: el deprimido padece de pérdida de energía y de peso; sufre de una disminución de sus funciones intestinales; las curvas de actividad y temperatura y varios ritmos endócrinos y metabólicos, es decir, el ritmo circadiano, son anormales; hay cambios rítmicos de actividad, energía y estado de ánimo mucho más bajos por las mañanas; sufre de dolor y fatiga y de una sensación de presión en la cabeza o en el pecho: ansiedad y tensión; pérdida de la concentración y, en muchas ocasiones, de la memoria reciente; quizás lo más importante sea que en el deprimido hay un alto riesgo de dañarse a sí mismo, existiendo en muchos casos serios intentos de suicidio, o al menos, fuertes ideaciones suicidas.

¿Es la depresión una enfermedad? Arieti (1981) nos dice que es un ‘sentimiento’, pero, y esto lo distingue de la tristeza y pesar comunes, es también un ‘síndrome’ puesto que produce alteraciones, graves, tanto del funcionamiento psicológico como de algunas funciones somáticas. Y es ‘enfermedad’ ya que provoca una disfunción del organismo. Esto último independientemente de la evidencia patológica celular o de la causa desencadenante.

Se pueden añadir algunos datos, fruto de observaciones generales, que podrán mostrar la gravedad de la depresión:

- a) Los deprimidos corren mayor riesgo que el común de la gente de morir; no sólo a causa del suicidio, sino cualquiera que sea la causa de la muerte. Algunos estudios en hospitales americanos muestran que los deprimidos duplican la tasa de mortalidad en cada etapa del ciclo vital.
- b) Hay deterioro crónico en todos los deprimidos; ésta es la razón por la que, cuando alguien cae en un estado de depresión profundo, es incapaz de desempeñar el rol social habitual por largos periodos.

2. CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA DEPRESION.

- Estado de ánimo. Se presenta con tristeza, insatisfacción, abatimiento y llanto. La tristeza es la característica principal. El deprimido se queja de sentirse abatido, insatisfecho, de “no ser él mismo”. No puede reaccionar a la alegría. Se siente inútil, vacío, fútil; esto en todo lo que toca a su vida. Algunas veces sabrá por qué está triste (o al menos cree saberlo), otras veces, las más quizás, lo ignora. El llanto es frecuente en depresiones medianas, moderadas o leves, incluso cuando no hay razón aparente, pero en la depresión profunda, el enfermo siente, con frecuencia, una dolorosa incapacidad de llorar.
- Pensamiento. Se caracteriza por pesimismo, culpabilidad, autoacusación, pérdida de interés y de motivación, disminución de la eficacia y de la concentración. A mayor depresión menos eficiencia; lo cual presupone la pérdida de interés que conlleva la incapacidad para hacer cualquier tarea, de concentración y, lo que es muy importante, por la pérdida de motivación, surge la carencia de ambición. Este será,

en muchos pacientes, el primer síntoma, sobre todo en el área laboral; por lo que dirá que la causa de su depresión son los problemas en el trabajo. Además, el deprimido se enjuicia, y caminará de la sensación de ser insuficiente e ineficaz, al sentimiento de una extrema culpabilidad. En estos momentos difícilmente reaccionará a la prueba de realidad; no responderá a la confianza que se le de. Negará éxitos y habilidades sintiéndose incompetente. Cree que no es bueno por lo que rechazará la importancia de sus triunfos pasados. Frecuentemente el deprimido incrementa la idea de error y culpa en acontecimientos reales o imaginarios y acepta que un castigo es no sólo inevitable, sino justificado. En muchos casos la idea de culpabilidad puede tener una fuente real, pero el deprimido siempre la distorsionará o exagerará.

- Conducta y aspecto. Hay marcada negligencia en el aspecto personal en cuanto al arreglo; y retardo psicomotor y agitación en cuanto a conducta. Rostro triste e insatisfecho. Actitud decaída. Postura de derrota. Si sonríe, su sonrisa es melancólica, aunque se esfuerce en parecer afable o contento. En la medida que avanza la depresión, el paciente va perdiendo su interés por el aspecto y cuidado de su persona: llegará a ser sucio. El retardo psicomotor implica una aparente inhibición y un decaimiento de los movimientos corporales y mentales; disminución de los movimientos espontáneos y de los gestos expresivos. No puede platicar ni menos discutir, ni dará respuesta a preguntas concretas. En casos extremos, puede llegarse a la catatonía. Pero también, como contraste, puede manifestar una “agitación”, una inquietud extrema, tanto física como psicológica.
- Síntomas somáticos. Pérdida de apetito, consiguiente baja de peso, estreñimiento, sueño ligero, diversos dolores y males, alteraciones en la menstruación, pérdida de

la libido. La anorexia puede ser aguda y la baja de peso grave; cuando el deprimido acusa aumento de apetito se trata de una depresión leve. El estreñimiento, frecuente, puede ser agudo; además, muchos antidepresivos provocan el estreñimiento como una reacción secundaria. Muchas veces se presenta el insomnio: el sueño no se concibe sino hasta la madrugada, o se duerme pronto pero se despierta demasiado temprano, o bien se está despertando continuamente durante la noche, o al despertarse ya no se puede volver a dormir. O al contrario: se duerme en demasía, como si el deprimido quisiera huir de sus problemas. Sea como sea, el sueño no proporciona descanso. Los dolores y malestares más frecuentes son cefaleas, neuralgias, resequedad de boca que se aumenta con los fármacos, sensaciones de opresión en el pecho, dificultad para engullir; muchas veces un solo síntoma es el dominante. En las mujeres no es raro que se presenten alteraciones menstruales: prolongación del ciclo mensual con flujo más ligero, por ejemplo; en ocasiones la menstruación puede cesar por largos periodos de tiempo. Respecto a la pérdida de la libido, puede variar del simple no interés hasta una marcada aversión contra el sexo.

- Rasgos de ansiedad. El deprimido sufre de tensión, sufre por temores vagos e inespecíficos, sufre preocupación por todo. En algunos casos padecerá de temblor y sudoración asociados con estados de ansiedad.

3. CLASIFICACIONES DE LA DEPRESION.

a) Depresión primaria o secundaria.

Se le llama primaria a la depresión que constituye un componente esencial o importante de un síndrome. Y secundaria a la que surge en el contexto de otra afección, en donde, presumiblemente, si no fuera por ésta, no hubiera aparecido.

Como una subdivisión en el grupo de la depresión primaria, se considera: o enfermedad de espectro depresivo, o enfermedad depresiva pura. Esta distinción se basa en la incidencia de la depresión entre los parientes de primer grado, y su importancia se manifiesta, sobre todo, en los estudios bioquímicos clínicos.

b) Depresión endógena o reactiva.

Gillespie (1921) fue el primero en hacer esta clasificación. Se llama endógena a la depresión que se basa en factores orgánicos, muy probablemente hereditarios, y que se manifiestan mediante alteraciones bioquímicas del organismo. Y reactiva a la que aparece como consecuencia de un suceso que el sujeto siente como perjudicial o displacentero, el cual puede ser real o simbólico. Lo endógeno sugiere que la enfermedad es fruto de un cambio intrínseco, mientras que lo reactivo habla del fracaso en la adecuación psicológica a una desilusión acompañante.

c) Depresión psicótica o neurótica.

El término depresión psicótica no implica la presencia de una psicosis como se pudiera creer. Se refiere únicamente al grado de menoscabo funcional del individuo enfermo. Quien sufre de una depresión psicótica ha sufrido una drástica transformación emocional, por la cual cree que su manera de sentir es la adecuada a las circunstancias en que vive. No trata de huir de su enfermedad como lo haría el neurótico.

d) Depresión profunda o depresión leve.

Ambas pueden clasificarse como sintónica, si la depresión es aceptada por el enfermo como su modo normal de vivir, o distónica si el enfermo trata de rechazarla.

Arieti (1981) presenta este cuadro de clasificación:

I. DEPRESIONES PRIMARIAS.

Leves (distónicas):

- a) Carácter o personalidad depresiva.
- b) Depresión reactiva.
- c) Depresión ansiosa.
- d) Depresión obsesiva-compulsiva.
- e) Depresión encubierta.
- f) Depresión despersonalizada.

Profundas (sintónicas):

- a) Depresión pura.
- b) Depresión en la psicosis maniaco-depresiva.
- c) Depresión en la psicosis esquizo-afectiva.

Variedades:

- a) Autoculposa.
- b) Suplicatoria.
- c) Mixta.
- d) Simple.
- e) Aguda.

f) Con agitación.

g) Paranoide.

h) Con estupor.

Dependiendo del ciclo de vida:

a) Infantil.

b) Del adolescente.

c) Postpuerperal.

d) Involutiva.

e) Senil.

II. DEPRESIONES SECUNDARIAS.

a) Depresión asociada con desórdenes neurológicos o psicosis orgánicas.

b) Depresión asociada con desórdenes endócrinos.

c) Depresión asociada con otras enfermedades orgánicas.

d) Depresión inducida por drogas.

e) Depresión esquizofrénica.

La clasificación del DSM-IV:

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO.

- **Episodios afectivos.**

Episodio depresivo mayor

Episodio maníaco

Episodio mixto

Episodio hipomaníaco

- **Trastornos depresivos.**

F3x.x Trastorno depresivo mayor [296.xx]

.2x Episodio único

.3x Recidivante.

F34.1 Trastorno distímico [300.4]

De inicio temprano/ de inicio tardío

Con síntomas atípicos

F32.9 Trastorno depresivo no especificado [311]

- **Trastornos bipolares.**

F3x.x Trastorno bipolar I [296.xx]

.0x Episodio maníaco único

Mixto

.40 Con episodio más reciente hipomaniaco

.4x Con episodio más reciente maníaco

.6x Con episodio más reciente mixto

.5x Con episodio más reciente depresivo

.7 Con episodio más reciente no especificado

F31.8 Trastorno bipolar II [296.89]

Episodio actual o más reciente: hipomaniaco/depresivo

F34.0 Trastorno ciclotímico [301.13]

F31.9 Trastorno bipolar no especificado [296.80]

- **Otros trastornos del estado de ánimo.**

F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a
enfermedad médica [293.83]

con síntomas depresivos/de depresión mayor/maníacos/mixtos

F1x.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias [29x.xx]

Con síntomas depresivos/maníacos/mixtos

De inicio durante la intoxicación/de inicio durante la abstinencia

F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado [296.90]

- **Especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente.**

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en
remisión parcial, en remisión total.

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

- **Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes.**

Especificaciones de curso (con o sin recuperación interepisódica completa)

Con patrón estacional

Con ciclos rápidos

4. TRASTORNO DISTIMICO.

Características diagnósticas.

La característica principal del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente deprimido que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años (Criterio A). Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o “desanimado”. Durante los periodos de estado de ánimo deprimido hay al menos otros dos síntomas de entre los siguientes: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (Criterio B). Los sujetos pueden señalar pérdida de intereses y aumento de la autocrítica, viéndose a menudo a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Puesto que estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana es frecuente que no sean referidos a no ser que sean preguntados directamente por el entrevistador.

A lo largo del periodo de 2 años, los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses (Criterio C). Sólo se puede realizar el diagnóstico de trastorno distímico si no ha habido episodios depresivos mayores antes de aparecer los síntomas distímicos (Criterio D). Después de los dos primeros años del trastorno distímico, pueden sobreañadirse al trastorno distímico episodios depresivos mayores (“depresión doble”).

No se establece el diagnóstico de trastorno distímico si el sujeto ha presentado alguna vez un episodio maniaco, un episodio mixto, o un episodio hipomaniaco o si alguna vez se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico (Criterio E). No se establece el diagnóstico independiente de trastorno distímico si los síntomas depresivos se presentan exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico como la esquizofrenia o el trastorno delirante (Criterio F), en cuyo caso se consideran características asociadas de

estos trastornos. Tampoco se diagnostica un trastorno distímico si la alteración es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo, alcohol, medicamentos antihipertensivos) o a una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo, enfermedad de Alzheimer) (Criterio G). Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral (o escolar) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio H).

Especificaciones.

La edad de inicio y el patrón característico de los síntomas en el trastorno distímico pueden indicarse utilizando las especificaciones siguientes:

- Inicio temprano. Se debe usar esta especificación si el inicio de los síntomas distímicos se produce antes de los 21 años. Estos sujetos tienen más probabilidades de desarrollar episodios depresivos mayores.
- Inicio tardío. Se debe usar esta especificación si el inicio de los síntomas distímicos se produce a los 21 años o con posterioridad.
- Con síntomas atípicos. Se debe usar esta especificación si el patrón de los síntomas durante los dos últimos años del trastorno cumple los criterios de síntomas atípicos (aumento del apetito y del peso, hipersomnia, abatimiento y un patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal que provoca un deterioro social o laboral significativo).

Síntomas y trastornos asociados.

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Las características asociadas al trastorno distímico son parecidas a las de un episodio depresivo mayor. Varios estudios sugieren que los síntomas más frecuentemente encontrados en el trastorno distímico son los sentimientos de incompetencia; la pérdida generalizada de interés o de

placer; el aislamiento social; los sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado; los sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva, y el descenso de la actividad, la eficiencia o la productividad. En los sujetos con trastorno distímico los síntomas vegetativos (por ejemplo, sueño, apetito, cambio de peso y síntomas psicomotores) parecen ser menos frecuentes que en los sujetos con un episodio depresivo mayor. Cuando hay un trastorno distímico sin un trastorno depresivo mayor previo, existe un riesgo de presentar un trastorno depresivo mayor en el futuro (el 10% de los sujetos con un trastorno distímico presentará un trastorno depresivo mayor a lo largo del año siguiente). El trastorno distímico puede ir asociado a los trastornos de la personalidad límite, histriónico, narcisista, por evitación y por dependencia. Sin embargo, la valoración de las características de los trastornos de la personalidad en estos sujetos es difícil, porque los síntomas crónicos del estado de ánimo pueden contribuir a los problemas interpersonales o estar asociados a una percepción de sí mismos distorsionada.

Hallazgos de laboratorio. Entre el 25 y el 50% de los adultos con trastorno distímico presentan algunas de las características polisomnográficas que se encuentran en algunos sujetos con trastorno depresivo mayor (por ejemplo, reducción de la latencia de los movimientos oculares rápidos [REM], aumento de la densidad REM, reducción del sueño de ondas lentas, deterioro de la continuidad del sueño). Los sujetos con anomalías polisomnográficas es más frecuente que presenten una historia familiar positiva de trastorno depresivo mayor (y pueden responder mejor a la medicación antidepresiva) que los sujetos con trastorno distímico sin anomalías EEG.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo.

En los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción social. En general,

los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales, y son pesimistas. En los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

Prevalencia.

La prevalencia-vida del trastorno distímico (con o sin un trastorno depresivo mayor superpuesto) es aproximadamente del 6%. La prevalencia puntual del trastorno distímico es aproximadamente del 3%.

Curso.

Frecuentemente, el trastorno distímico tiene un inicio temprano e insidioso (por ejemplo, en la niñez, adolescencia o al principio de la edad adulta), así como un curso crónico. Habitualmente, en el marco clínico, los sujetos con trastorno distímico presentan un trastorno depresivo mayor superpuesto, que suele ser la razón por la que buscan tratamiento. Si el trastorno distímico precede al inicio del trastorno depresivo mayor, es menos probable que se produzca una recuperación completa espontánea entre los episodios depresivos mayores y hay más probabilidades de presentar más episodios posteriores.

Patrón familiar.

El trastorno distímico es más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con trastorno depresivo mayor que entre la población general.

5. CONCEPTOS HISTORICOS Y PSICODINAMICOS DE LA DEPRESION.

La depresión se remonta hasta los primeros tiempos de la humanidad. Muchos personajes míticos y bíblicos sufren de síntomas muy manifiestos de lo que hoy llamamos enfermedad depresiva. Sin embargo, el término “Depresión” se hizo común hace apenas un cuarto de siglo.

El cuadro patológico de esta enfermedad se conoce desde la época greco-romana con el nombre de “Melancolía”, término empleado por Hipócrates (siglo IV a. C.) para designar la sintomatología del individuo deprimido. En esencia, este mal sigue siendo el mismo desde aquellas épocas.

Según Hipócrates, la melancolía, que él pensaba que estaba muy unida a la epilepsia, se debía, al igual que la manía, el delirio y la paranoia, o sea, los problemas que hoy son conocidos como psiquiátricos, a la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema. La melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis.

Areteo de Capadocia (siglo II d. C.) fue el primero en hablar de la melancolía en términos actuales: en su libro “Enfermedades agudas y crónicas”, asocia manía con depresión y sugiere que son causadas, no por la atrabilis ni la flema ni ninguno de los demás humores corporales, sino por problemas psicológicos; observó, igualmente que la enfermedad era recidiva, y valorizó la importancia de las relaciones interpersonales durante el curso de la depresión para facilitar la recuperación del paciente. Habla que los que padecen este mal se muestran “amodorrados y torvos, desanimados y con una apatía irrazonable”, advirtiendo que estos son los primeros síntomas de la melancolía. Añade que “sufren de mal humor, desaliento e insomnio... y si la enfermedad se agrava,

caen en el odio, la evitación de la compañía de otros y en vanas lamentaciones, quejándose de la vida y deseando morir” (Tomado de la cita de Arieti).

Celso, en la misma época, en su libro “De re medica”, también habla de la melancolía y de la manía en términos parecidos.

Galeno, (siglo II de nuestra época), desarrolló una teoría que se mantuvo hasta la Edad Media: la melancolía, como toda enfermedad mental, se debe a ciertos humores.

No obstante, Soranos de Ephesus, describe, como los principales síntomas de la enfermedad: tristeza, llanto, deseos de morir, exagerada suspicacia e irritabilidad, a veces jovialidad.

Durante la Edad Media se creyó que la melancolía era causada por demonios e influencias astrales. Esta teoría se comenzó a abandonar a partir del año 1630, cuando apareció la obra de R. Burton: “Anatomía de la melancolía”.

Durante el Renacimiento, sobre todo en Inglaterra, se publicaron nuevas obras sobre la melancolía: Timothy Bright escribió “Treatise on Melancholia” en 1586 y Thomas Walkington, en 1606, su libro “Optick Glass of Humours” según el cual, la depresión era efecto de los humores y de la influencia de los planetas. Fue cuando apareció la obra de Robert Burton ya citada. En esta época se redescubre que manía y melancolía suelen alternarse en el mismo individuo.

Philippe Pinel (1801), observa que el pensamiento de los melancólicos es totalmente obsesivo y que la memoria y la asociación de ideas estaban perturbadas, pudiendo inducir al paciente, en ocasiones, al suicidio. Señaló también, como causas probables de la melancolía, el miedo, los desengaños amorosos, las pérdidas materiales y económicas y los problemas familiares, añadiendo como causas físicas, la amenorrea y el puerperio, entre otras.

Por esos años, ya se describen como parte de la sintomatología propia del melancólico, el semblante ansioso, el aspecto sombrío, la necesidad de aislamiento del enfermo y la necesidad de permanecer en cama la mayor parte del tiempo, el miedo a todo que con frecuencia lo envuelve y el uso del pensamiento y de las fantasías para aumentar obsesivamente la dolorosa sensación de culpa, la desesperación continua y el deseo de terminar con la existencia.

En el mismo siglo XIX, a mediados, Falret hizo la observación del probable carácter familiar de la depresión recurrente y notó la mayor incidencia en las mujeres.

Distinguió entre melancolía y manía. Igualmente, a mediados de siglo, Greisinger dividió la insania en dos grandes categorías: curable e incurable.

Aparece entonces la figura de Kraepelin. Puede decirse que él revolucionó la psiquiatría: estableció la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz o esquizofrenia. Puso tres categorías principales: demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco-depresiva. Y fue quien clasificó las enfermedades tanto por semejanza de los síntomas como por el desenlace de la enfermedad. La psicosis maniaco-depresiva, en sus clasificaciones, comprendía, además de la psicosis intermitente, la manía simple y algunos casos de confusión, la mayor parte de los casos de melancolía; y distinguió cuatro subgrupos principales: estados depresivos, estados maníacos, estados mixtos y estados fundamentales.

En 1904, principio del siglo XX, Adolf Meyer, gran crítico de Kraepelin, consideró los desórdenes psiquiátricos más bien como reacciones específicas de un individuo ante circunstancias existenciales. Él fue quien objetó el término de melancolía y sugirió que se llamara "depresión".

En 1911 Karl Abraham publicó lo que, para muchos autores, es la primera investigación psicoanalítica de la depresión: compara depresión con ansiedad diciendo que ambas son fruto de instintos reprimidos, pero con una clara diferencia: la ansiedad surge cuando la represión impide el logro de la gratificación, en cambio, la depresión aparece cuando ya se ha renunciado a la esperanza de obtener satisfacción de la libido; de tal manera que el paciente no puede sentirse ni amado ni capaz de amar a nadie, seguro de nunca llegar a la intimidad emocional. Abraham habla de los mecanismos de proyección propios de la depresión: “yo no puedo amar a la gente, entonces la debo odiar”, pero como el odio tiene que ser reprimido porque es negativo, entonces el depresivo proyecta en los demás su agresividad: “la gente no me ama; luego, me odia”. Afirma que la culpa masiva del deprimido se debe a sus reales deseos destructivos inconscientes y reprimidos, y observa que muchos de los que sufren esta enfermedad dan la impresión de gozar con sus autorreproches y sufrimientos, porque esto les permite no pensar sino en sí mismos. Hace notar la ambivalencia del deprimido, su incapacidad de amar verdaderamente, su exagerada preocupación por sí mismo y la manera como utiliza la culpa para llamar la atención sobre sí.

En 1916, Abraham publicó un trabajo en el que manifiesta su creencia de que la depresión puede entenderse como una regresión a la fase oral-canibalística del desarrollo libidinal ya que, “en las honduras del inconsciente existe una tendencia a devorar y arrasar al objeto”. Esto explicaría, siempre según Abraham, la negativa a alimentarse y el que, al menos sucede en algunos deprimidos, el alimento alivie la sensación depresiva.

En 1924, Abraham propone que en los intervalos sanos el depresivo es siempre un obsesivo, ya que ambos, depresivos y obsesivos, establecen relaciones ambivalentes y

algunos rasgos caractereológicos excesivos. Pero con una marcada diferencia: mientras el obsesivo puede contentarse con un control inconsciente sobre su objeto de amor, el depresivo sólo puede destruir a su objeto internalizado. Señala también la correlación tan frecuente entre el comienzo de una depresión y un desengaño amoroso, y lo explica por la presencia de un trauma ocurrido en una época temprana de la vida del paciente, consecuencia de una inadecuada actitud materna.

Parece ser, entonces, que el deprimido, además de su regresión oral, sufre también una etapa de regresión a la fase anal. Esto lo explica diciendo que, cuando la persona melancólica sufre un importante desengaño, tiende a expulsar a su objeto de amor y a destruirlo como si fueran heces; luego lo introyecta y devora, lo que es una forma melancólica de identificación narcisista; termina atormentando al yo, actividad que es, en parte, fuente de placer.

Por último, puso el acento en el tan importante papel que juega la ambivalencia en la depresión, la repercusión de las decepciones infantiles y la idea de que la depresión es, más que nada, una recapitulación de un trauma infantil vivido en la edad adulta.

En 1917 Sigmund Freud publica "Duelo y Melancolía"; ensayo que, según muchos autores, cambió el curso del psicoanálisis.

Freud fue el primero en hablar de la depresión periódica como una tercera forma de las neurosis de angustia. A partir de entonces, se denominó "hipocondría" a la angustia cuando se refiere al cuerpo, y a la angustia insistente se le llamó "depresión periódica". También fue el primero en describir tres formas diferentes de melancolía, que hacen referencia a la masturbación, la angustia aguda y la herencia.

Freud postula por primera vez, en aquel ensayo, la existencia de mecanismos patológicos en los que no hay desarreglos de la sexualidad, y habla de relaciones

objetales más que de represión, bosqueja el super-yo, y atribuye al yo más y mayor participación en la patología; toma en cuenta a la culpa y a la agresión como motivaciones primarias a expensas de bloqueos eróticos.

Hace una comparación entre duelo y melancolía; el primero es una respuesta a una pérdida real, pérdida que puede ser de una persona por su muerte o su separación, o de una posición económica, pérdida de poder o de situación social, etc., pero en la que no existe pérdida de autoestima; la melancolía, en cambio, surge cuando la pérdida es más bien un repliegue de la catexis con pérdida del propio yo. En otras palabras habla de que el duelo puede ser normal y la melancolía en cambio es patológica. En los dos se vive una sensación de abatimiento, de falta de interés por el mundo externo, se siente que ya no se podrá volver a amar a nadie y se inhibe la actividad. Pero en la melancolía, por la pérdida de autoestima, vienen los autorreproches y los autocastigos irracionales, sin poder reconocer claramente la causa de tal abatimiento. Hay mucho de inapropiado en los autorreproches, dado que tienen generalmente un contenido moral, son injustificados, y se expresan públicamente y sin vergüenza.

Freud piensa que durante la infancia del adulto melancólico hubo una intensa relación de objeto que resultó deteriorada por un desengaño de la persona amada. Por la conciencia parece que los reproches no son dirigidos realmente al yo, sino al objeto amado, sólo que desviados al yo del paciente.

En resumen, hay tres factores condicionantes para que exista la melancolía: pérdida del objeto, alto grado de ambivalencia y una regresión libidinal en el yo.

Freud se refirió a la depresión en "Psicología de las masas y análisis del yo" (1921), en donde examina las relaciones del yo con el ideal del yo, y en donde expone que en la

melancolía, el yo, identificado con el objeto frustrante, queda sujeto a los ataques del ideal del yo. Es el primer paso para la conceptualización del super-yo.

Y en "El yo y el ello" (1922), propone que la melancolía es el resultado de una extrema discordancia entre el super-yo y el yo: el super-yo echa su rabia contra el yo indefenso; si la agresión no sale fuera del sujeto, se volverá contra él mismo.

Sandor Rado (1928) observó que antes del comienzo de un episodio depresivo el enfermo atraviesa un periodo de rebeldía encarnizada; también el que, en estos pacientes, las gratificaciones narcisistas y el mantenimiento de la autoestima dependen de los demás de un modo notoriamente exagerado; además, el deprimido puede despreciarse a sí mismo por su debilidad y por no poder controlar su ira. Desea ser pasivo y con frecuencia lo logra, ya que puede encontrar a otra persona dispuesta a todo, a la que puede controlar y tiranizar. La represión representa un proceso de reparación y un periodo de expiación. Las autorrecreminaciones deben ser entendidas como expresión de la esperanza del yo en lograr que el super-yo lo ame, esto mediante una conducta de contrición.

Años después, Rado concibió la psicopatología como la inadecuada persistencia de patrones adaptativos infantiles en la vida adulta. Y siguió afirmando que la depresión es una expiación inconsciente para recuperar al objeto de amor perdido.

Fenichel (1945) hablando de la depresión, menciona como causas de esta enfermedad, la introyección formulada por Freud, la fijación oral-canibalística que decía Abraham y la marcada necesidad de amor descrita por Rado. Para Fenichel, los depresivos son verdaderos adictos al amor, diferenciando la depresión neurótica de la psicótica: en la primera se busca el amor de un objeto externo, y en la segunda, en cambio, se renuncia

a los objetos externos y se busca el amor en lo interno, aunque, lo consideró, esta división no es del todo absoluta.

Para este autor, lo crucial en la depresión, es la pérdida de autoestima. De aquí la gran importancia que tiene el yo que es el encargado de fortificar la autoestima. Se fijó también en la oralidad, describiendo el carácter oral narcisista del deprimido como el de una persona con una fijación en la fase oral, etapa en la que la autoestima se regula por medio de los estímulos externos. Por lo que subrayó la dependencia del carácter oral y la necesidad que tiene de ser alimentado y amado por el objeto de su amor.

Edith Jacobson (1946) atribuye la depresión a los desengaños que surgen cuando, a la creencia infantil de la omnipotencia de los padres sigue la desvalorización de tales imágenes. Este desengaño es causa de una desvalorización del yo que lleva una depresión infantil primaria, la cual se reactivará posteriormente por las decepciones sufridas en la edad adulta. Según esta autora (1971), el conflicto básico de cualquier problema afectivo, sería: la frustración provoca rabia, lo que da lugar a una búsqueda hostil para alcanzar una gratificación deseada y merecida; pero si el yo, por la causa que sea, interna o externa, es incapaz de lograr tal meta, permitirá que la agresión se vuelva contra la imagen de sí mismo; lo que disminuirá, necesariamente, su autoestima. Por lo que necesitará vincularse a una persona que haya sobrevalorizado para poder mantener su autoestima: "Sus representaciones de sí mismo conservan la concepción infantil de un sí mismo indefenso que obtiene su fuerza de un objeto de amor ideal y poderoso". Pero si el depresivo no consigue encontrar a tal objeto de amor, se volverá entonces a otro objeto de amor, poderoso aunque sádico, con la esperanza de obtener al menos fortaleza. Si esto falla, entonces cortará toda relación con el mundo externo reactivando una imagen del pasado, primitiva y poderosa, que fusionará con el super-yo. De esta

manera, para Jacobson, se vive la progresión depresiva, con el retraimiento del mundo objetual y la reconstitución del objeto de amor en el super-yo. Ella insistirá que el principal problema de la depresión consiste en la autoestima.

Edward Bibring (1953) muestra que todo deprimido o se siente indefenso ante poderes superiores o vive con la sensación de ser un fracaso. Por lo que da esta definición de depresión: "... es la expresión o indicación emocional de un estado de indefensión e impotencia del yo, independientemente de los factores que puedan haber causado el colapso de los mecanismos que fundamentan su autoestima". Por lo que, como una característica principal, el deprimido sufre un franco reconocimiento de la indefensión de su yo, real o imaginaria, y de intensas aspiraciones narcisistas que es incapaz de concretar. En otras palabras, la depresión será una expresión emocional de un estado de desvalimiento e impotencia del yo. Es, pues, un afecto básico, al igual que la ansiedad.

Bibring asegura que todas las personas tienen estos deseos: a) el deseo de ser valioso, amado y apreciado; b) el deseo de ser fuerte y de tener seguridad; c) el deseo de ser bueno y amable. La tensión entre estas metas y la conciencia de desvalimiento del yo, llevará, forzosamente, a la depresión, ese estado de inhibición mental en el que la autoestima se hace añicos.

Melanie Klein postula dos etapas básicas del desarrollo que se dan durante el primer año de vida. La primera es llamada por ella "posición esquizoparanoide"; en ella, el bebé no percibe a los objetos totales, sino únicamente de manera parcial; así, dice, el lactante distingue al pecho de la madre, y al pecho bueno, el que le da alimento y calor, del pecho malo, el que no es nutricio; de esta manera, disociando al objeto total en objetos parciales, buenos y malos, resuelve el problema de la ambivalencia e internaliza a estos objetos; pero entonces, el bebé teme que los objetos malos acaben con los

buenos, por lo que externaliza a los malos; así percibe un peligro que viene del exterior, dando pie a lo que sería una ansiedad persecutoria.

La "posición depresiva" surge alrededor del cuarto o quinto mes de vida, cuando el bebé ya es capaz de descubrir que tanto el pecho bueno como el malo pertenecen a la misma persona, que las figuras externas son fuente de placer y displacer, y de que él mismo puede ser el causante de la pérdida de su bienestar, ya que ha agredido también al objeto bueno; entonces puede mostrarse inhibido, deprimido, con una ansiedad depresiva; la angustia nace de la ambivalencia. El factor que más predispone a la depresión es la incapacidad del yo del niño de tener o de constituir buenos objetos de amor. Las primeras fases de la posición depresiva representan un super-yo como siendo un ente persecutorio, implacable, que pierde parte de su rigor cuando se establece la relación objetal como un todo.

Para Klein, pues, el acento en la depresión está en la incapacidad de incorporar objetos buenos en el comienzo de la vida, en el temor a la posible pérdida de los objetos amados, y en el tan importante papel que juegan la culpa y la hostilidad. La depresión ocupa un lugar central en la psicopatología.

CAPITULO

5

uido en el de su sexualidad y sus relaciones interpersonales. Debido a su trastorno también su desempeño académico óptimo no solo disminuye

La posición actual de su libido, por lo tanto, es principalmente en la fase oral del desarrollo, en comparación con su nivel actual con toda el grado post-ambivalente.

Su nivel de atención es bajo, hay un sentimiento de auto-incompetencia y una de-cuada imagen de si misma -la cual puede verse en su reciente experiencia fallida.

Depende emocionalmente de objetos externos para sentirse seguro en sí mismo. Las relaciones con otros son de índole edípica, con rasgos masochistas y auto-sacrificas. Aún aún no ha sido capaz de crear un compañero social que satisfaga en forma satisfactoria sus necesidades básicas primordialmente porque las competencias objetivas ocupan el primer plano.

CONCLUSIONES.

Este ha sido el proceso de evaluación que se llevó a cabo a Ana, mujer de 20 años de edad, que desembocó finalmente en el diagnóstico de Trastorno Distímico de inicio temprano. Paralelamente, presenta también el Trastorno Paranoide de la personalidad aunque preferí enfocarme en el diagnóstico principal.

Conscientemente afirma cruzar, desde hace ocho años, por periodos depresivos de moderada intensidad, los cuales, en ocasiones, como en el momento presente, interfieren en su funcionamiento personal en varias áreas: escolar, familiar, social y sexual.

Es una persona que presenta pues sintomatología de tipo depresivo: estado de ánimo deprimido, pérdida y aumento de apetito, hipersomnias, falta de energía y fatiga, baja autoestima, llanto. Presenta periodos de ansiedad de tipo depresiva y paranoide, aunque no muy graves. Presenta igualmente dificultades en algunas áreas de funcionamiento, sobre todo en el de su sexualidad y sus relaciones interpersonales. Debido a su trastorno también su desempeño académico óptimo ha sido interferido.

La posición actual de su libido, podemos inferir, es primordialmente en la fase oral del desarrollo, en comparación con su nivel ideal que sería el genital post-ambivalente.

Su nivel de autoestima es bajo, hay un sentimiento de empobrecimiento y una devaluada imagen de sí misma –la cual puede verse en su misma apariencia física-.

Depende emocionalmente de objetos externos para sentirse satisfecha consigo misma. Las relaciones con éstos son de índole edípica, con rasgos anaclíticos y ambivalentes. Ana aún no ha sido capaz de elegir un compañero sexual que satisfaga en forma saludable sus necesidades objetales; primordialmente porque los componentes edípicos ocupan el primer puesto.

Maneja su agresión volviéndola contra sí misma, debido a lo rígido de su super-yo, característico de los trastornos depresivos. Sin embargo, podemos decir que la estructura yoica es fuerte, relativamente bien adaptada a la realidad, consciente de su problemática y motivada al cambio. Cuenta con el suficiente nivel de introspección para que ingrese y finalice exitosamente un tratamiento psicoterapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

Argentina

3 BELLAK, Leopoldo. *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. Edit. Manual Moderno (1974) México

4 BELLAK, Leopoldo y SMALL, Leonard. *Psicoterapia breve y de emergencia*. Edit. Pax (1965) México

5 CALDERON G., *Depresión*. Edit. Trilax. (1984) México

6 CARUSO, Igor. *Narcisismo y socialización*. Siglo XXI Editores (1984) México

7 DIAZ PORTILLO, Isabel. *Técnica de la entrevista psicoanalítica*. Edit. Pax (1994) México

8 DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Edit. Masson

9 FENICHEL, Otto. *La teoría psicoanalítica de las neurosis*. Edit. Paidós (1967) Argentina

10 FENICHEL, Otto. *Teoría psicoanalítica*. Edit. Paidós (1968) Argentina

11 FENICHEL, Otto. *La aliección y la melancolía*. Alianza Editorial. (1970) México

12 FENICHEL, Otto. *El yo y el ello*. Alianza Editorial (1973) México

13 FENICHEL, Otto. *Inhibición, síntoma y análisis*. (1973) México

14 FENICHEL, Otto. *Introducción al narcisismo*. (1973) España

15 FENICHEL, Otto. *Psicología de las masas y análisis del yo*. (1969) México

12 KLEIN, Melanie. *Amor, odio y reparación*. Edit. Paidós (1975) España

13 KLEIN, Melanie. *El psicoanálisis de niños*. Edit. Paidós (1975) España

14 KLEIN, Melanie. *Envidia y gratificación*. Edit. Paidós (1975) España

15 LAPLANCHE, Jean y PONTALIS, Jean-Benoist. *Diccionario de psicoanálisis*. Edit. Labor (1991) Colombia

16 MACHOVER, Karen. *El mal progresivo de la figura humana*

17 NÚÑEZ, Rafael. *Aplicación del MMPI a la psicoanálisis*. Edit. Manual Moderno (1994) México

18 SEGAL, Hanna. *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Edit. Paidós. (1992) México

BIBLIOGRAFIA.

1. ABRAHAM, Karl. Contribuciones a la teoría de la libido. Edit. Hormé. (1985). Argentina.
2. ARIETI, Bemporad. Psicoterapia de la depresión. Edit. Paidós. (1981). Argentina.
3. BELLAK, Leopoldo. Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Edit. Manual Moderno. (1994). México.
4. BELLAK, Leopoldo y SMALL, Leonard. Psicoterapia breve y de emergencia. Edit. Pax. (1965). México.
5. CALDERON G., Depresión. Edit. Trillas. (1984). México.
6. CARUSO, Igor. Narcisismo y socialización. Siglo XXI Editores. (1984). México.
7. DIAZ PORTILLO, Isabel. Técnica de la entrevista psicodinámica. Edit. Pax. (1994). México.
8. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Edit. Masson.
9. FENICHEL, Otto. La teoría psicoanalítica de las neurosis. Edit. Paidós. (1945). México.
10. FREUD, Anna. Estudios psicoanalíticos. Edit. Paidós. (1968). Argentina.
11. FREUD, Sigmund. La aflicción y la melancolía. Alianza Editorial. (1970). México.
El yo y el ello. Alianza Editorial. (1973). México.
Inhibición, síntoma y angustia. (1973). México.
Introducción al narcisismo. (1973). España.
Psicología de las masas y análisis del yo. (1969). México.
12. KLEIN, Melanie. Amor, culpa y reparación. Edit. Paidós. (1975). España.
El psicoanálisis de niños. Edit. Paidós. (1975). España.
Envidia y gratitud. Edit. Paidós. (1975). España.
13. LAPLANCHE, Jean y PONTALIS, Jean-Bertrand. Diccionario de psicoanálisis. Edit. Labor. (1994). Colombia.
14. MACHOVER, Karen. El test proyectivo de la figura humana.
15. NUÑEZ, Rafael. Aplicación del MMPI a la psicopatología. Edit. Manual Moderno. (1994). México.
16. SEGAL, Hanna. Introducción a la obra de Melanie Klein. Edit. Paidós. (1992). México.

ENM

Es una mujer de 40 años que vivía muy sola. Un día decidió buscar fortuna y salir de su soledad, por lo que decidió viajar por todo el mundo y conocer mucha gente nueva, aprender nuevas cosas, tanto de las personas como culturalmente.

No tenía ni familia ni esposo ni hijos. Por lo que decidió casarse con el primer hombre que se le presentó, con esto no logró enamorarle de él ni tener hijos ya que el murió a los pocos años de casados, dejándole mucho dinero, pero no heredado.

Decidió adoptar un niño que llenó su vida de felicidad y lo quería con todo el amor que pudo darle.

El tiempo pasó y ella tuvo su familia y se dedicó a tener todo por su trabajo, pero lo que ella vivió a quedarse con el niño.

ANEXOS

ENM

Era una persona muy solitaria que vivía rodeada de comodidades y de mucho amor, él de 30 años y ella de 25, se enamoraron en sus viajes y desde el primer momento se enamoraron por lo que decidieron pasar sus vidas para siempre y permanecer ampliamente felices por el resto de sus vidas.

Así sucedió durante los 10 años de casados hasta que empezaron a tener dificultades debido a que ella no podía tener hijos y él, espontáneamente, lo aceptaba delante de ella pero, en realidad, nunca lo aceptó completamente y comenzó a conocer otras mujeres y a salir con ellas, a escondidas de la esposa.

HISTORIAS DEL T. A. T.

8NM

“Es una mujer de 40 años que vivía muy sola. Un día decidió probar fortuna y salir de su soledad, por lo que decidió viajar por todo el mundo y conocer mucha gente nueva, aprender nuevas cosas, tanto de su persona como culturalmente.

No tenía ni familia ni esposo ni hijos. Por lo que decidió casarse con el primer hombre que se lo propuso; con esto no logró enamorarse de él ni tener hijos ya que él murió a los pocos años de casados, dejándole mucho dinero, pero de nuevo sola.

Decidió adoptar un niño que llenó su vida de felicidad y le gustaba sentarse a contemplarlo jugar y riendo.

El hijo creció, se casó, tuvo su familia y se fue a vivir a otro lado por su trabajo, por lo que ella volvió a quedarse sola”.

13HM

“Era una pareja muy adinerada que vivía rodeada de comodidades y de mucho amor; él de 30 años y ella de 21; se conocieron en una reunión y desde el primer momento se enamoraron por lo que decidieron unir sus vidas para siempre y prometerse ampliamente fidelidad por el resto de sus vidas.

Así sucedió durante sus 10 años de casados hasta que empezaron a tener dificultades debido a que ella no podía tener hijos y él, aparentemente, lo aceptaba delante de ella pero, en realidad, nunca lo aceptó completamente y comenzó a conocer otras mujeres y a salir con ellas, a escondidas de la esposa.

Un buen día conoció a una mujer con la que tuvo relaciones, por lo que recordó el juramento de su fidelidad que había dado a su esposa por lo que, en un arranque de desesperación, la mató.

Como su conciencia no lo dejó en paz, vagó por las calles, llegó a su casa, escribió una carta a su mujer explicándole lo que había pasado y se pegó un tiro, cayendo poco a poco al suelo para borrar su infidelidad para siempre. La esposa se quedó muy triste y muy sola”.

1 Gracias a esta mujer ella pudo convertirse en pianista como a su esposa su padre.

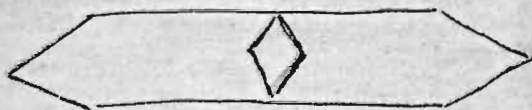
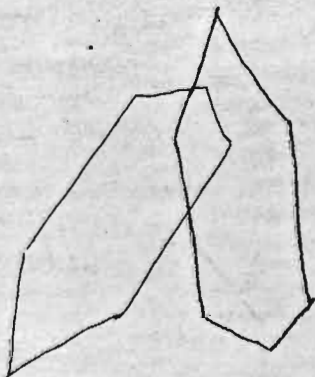
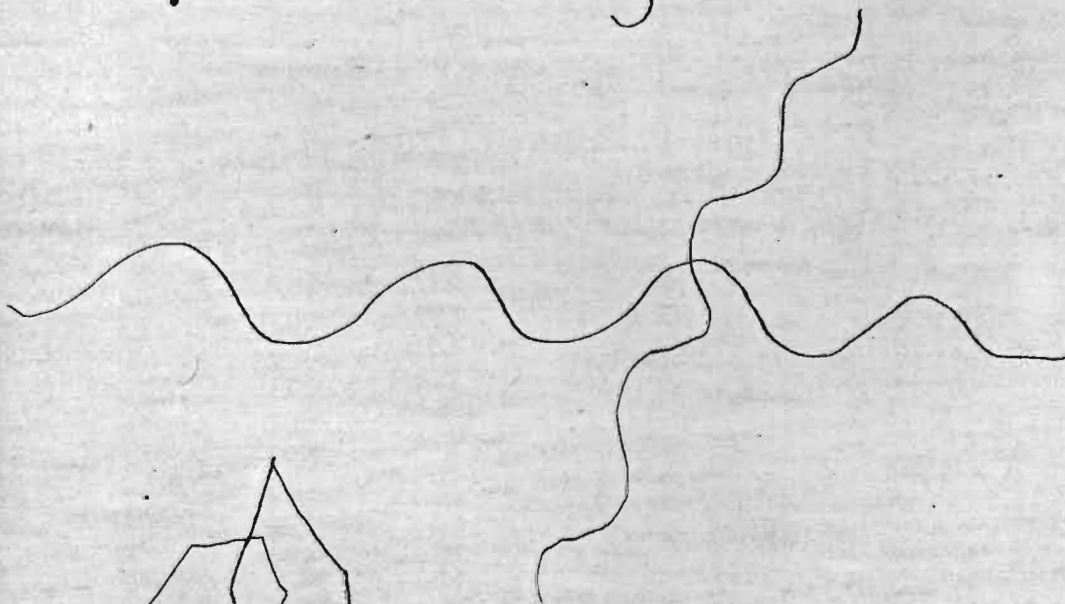
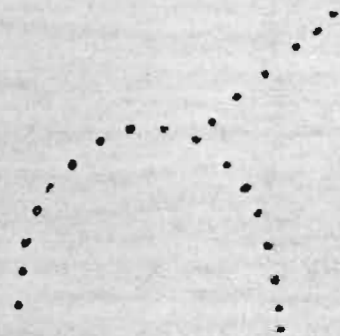
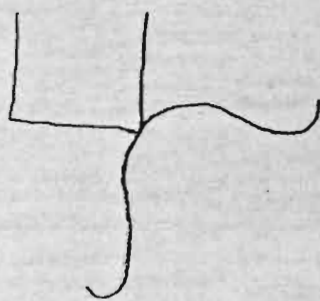
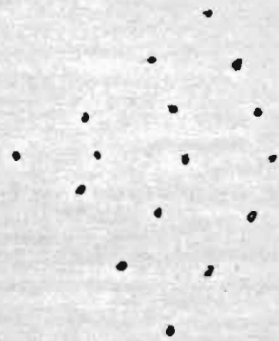
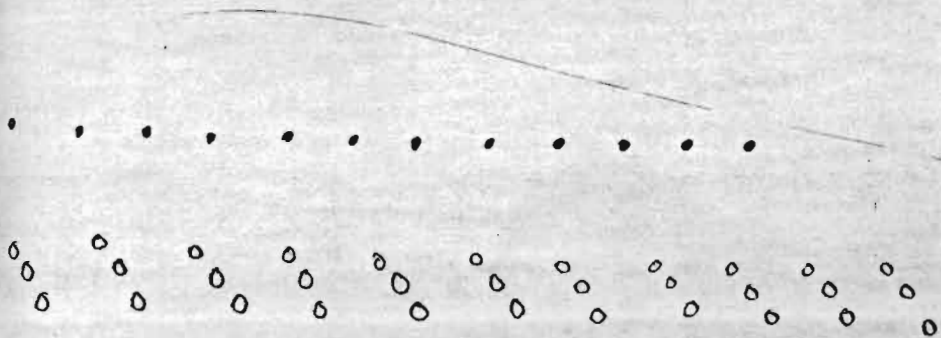
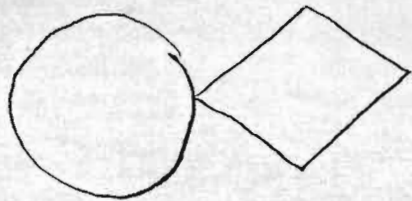
“Es un niño que vivía en una casa muy grande y todo el tiempo posible se la pasaba solo. De repente, un día buscando en un cuarto repleto de triques encontró un viejo violín y se sentó un buen rato a contemplarlo buscando la forma de cómo utilizarlo. Siguió buscando entre los triques y encontró unas partituras, por lo que trató de entenderlas y empezó a tocarlo logrando con esto que su familia lo oyera, por lo que la gente subió y su papá y su madrastra, muy enojados, le quitaron el instrumento, rompiéndolo y diciéndole que no volviera a agarrarlo. Esto hizo que el niño se sintiera muy triste y defraudado; por lo que ahorró todos sus domingos para comprarse un violín nuevo.

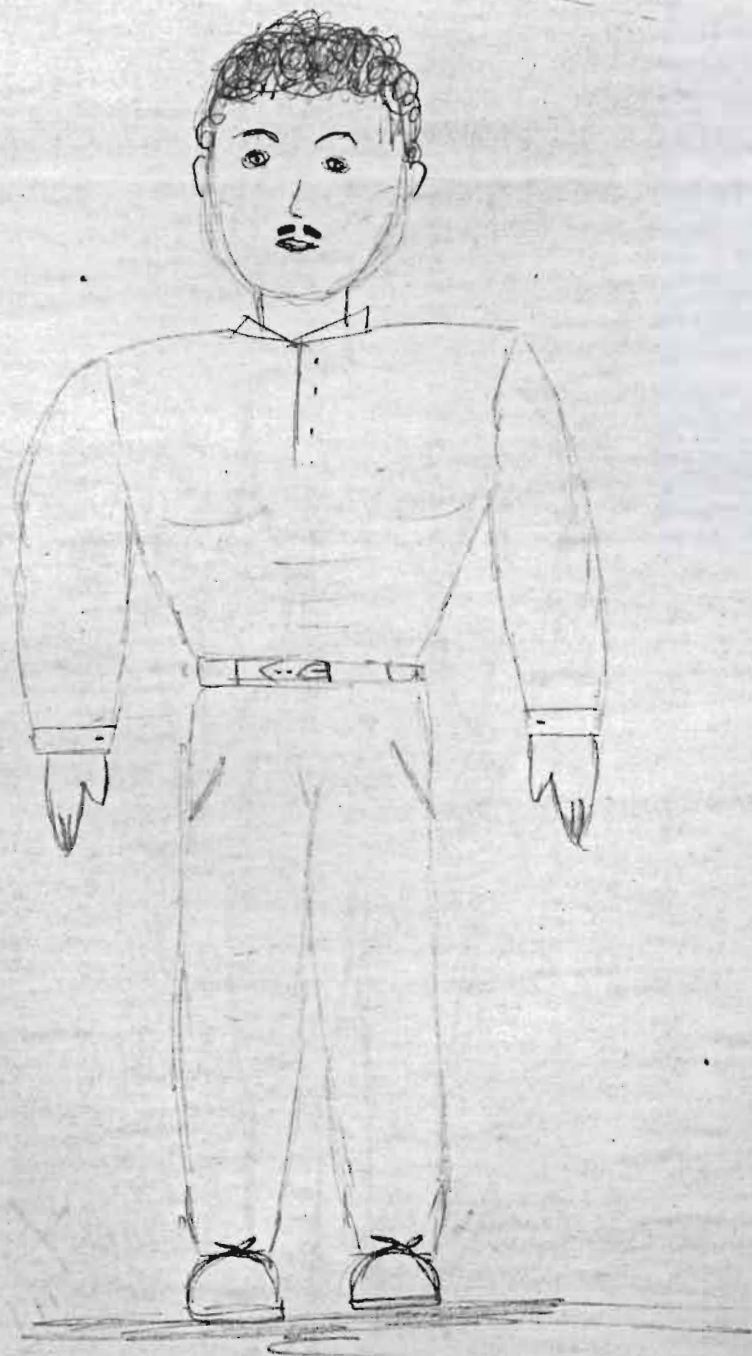
Su papá lo vio con el violín nuevo y no le pareció mucho la idea pero le explicó que él en su juventud tocaba mucho el violín hasta que un día le dijeron que no servía para nada, y mucho menos para tocar el violín, por lo que se volvió muy apocado.

El papá decidió que no podía cometer el mismo error personal con su hijo, por lo que le permitió que siguiera adelante y el niño lo hizo hasta que se convirtió en un gran violinista y su papá se quedó muy complacido porque se vio realizado en él”.

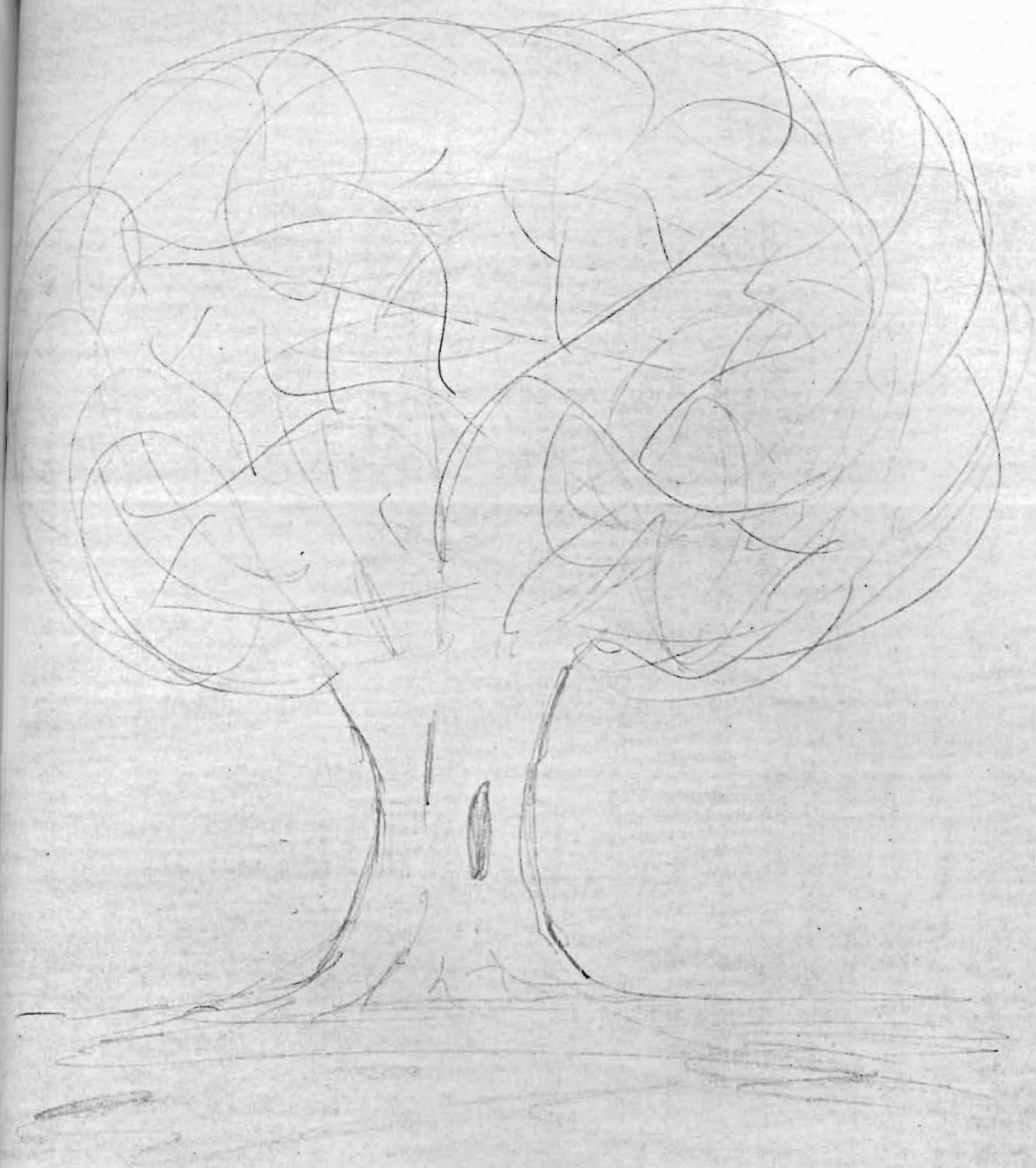
“Es una muchacha de 25 años que creció en una familia de campo cuyos padres eran agricultores y creció aprendiendo la labor de sus padres; cuando cumplió los 15 años encontró a una mujer que le platicó que ella había sido una mujer muy preparada y profesionalista en su vida y que lo más importante era estudiar para no ser mediocre, por lo que esto le ayudó a la muchacha a pensar las cosas y la mujer le enseñó a leer y a escribir a escondidas de su padre, quien no estaba de acuerdo con que ella estudiara.

Gracias a esta mujer ella pudo convertirse en maestra, pese a la opinión de su padre, por lo que se esforzó para crear una escuela para enseñar a los niños del pueblo, por lo que luchó mucho con las familias de campo tan cerradas hasta que consiguió reunir a varios niños para enseñarles y consiguió con esto que la gente la aceptara y la quisiera y respetara convirtiéndose en una gran maestra”.

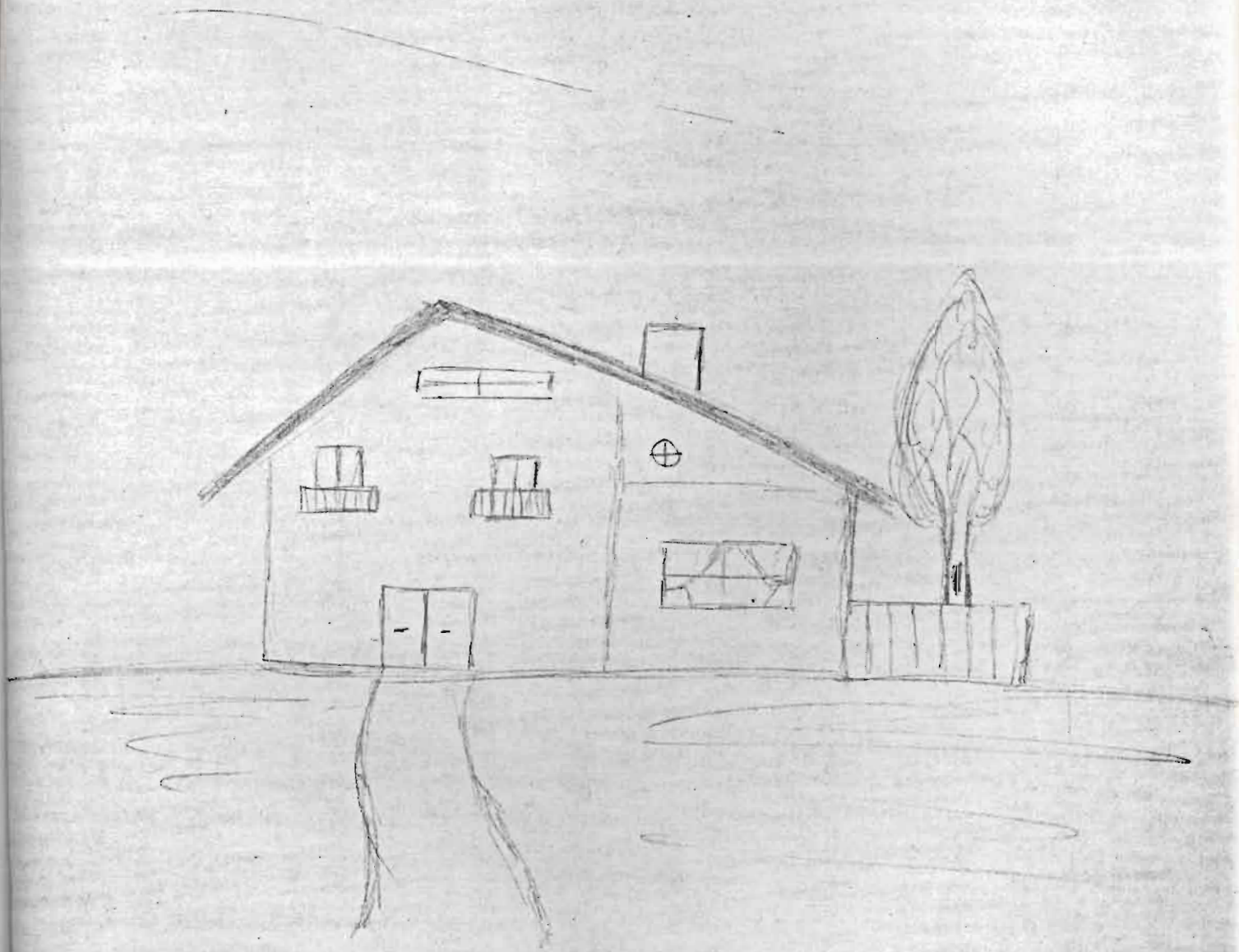




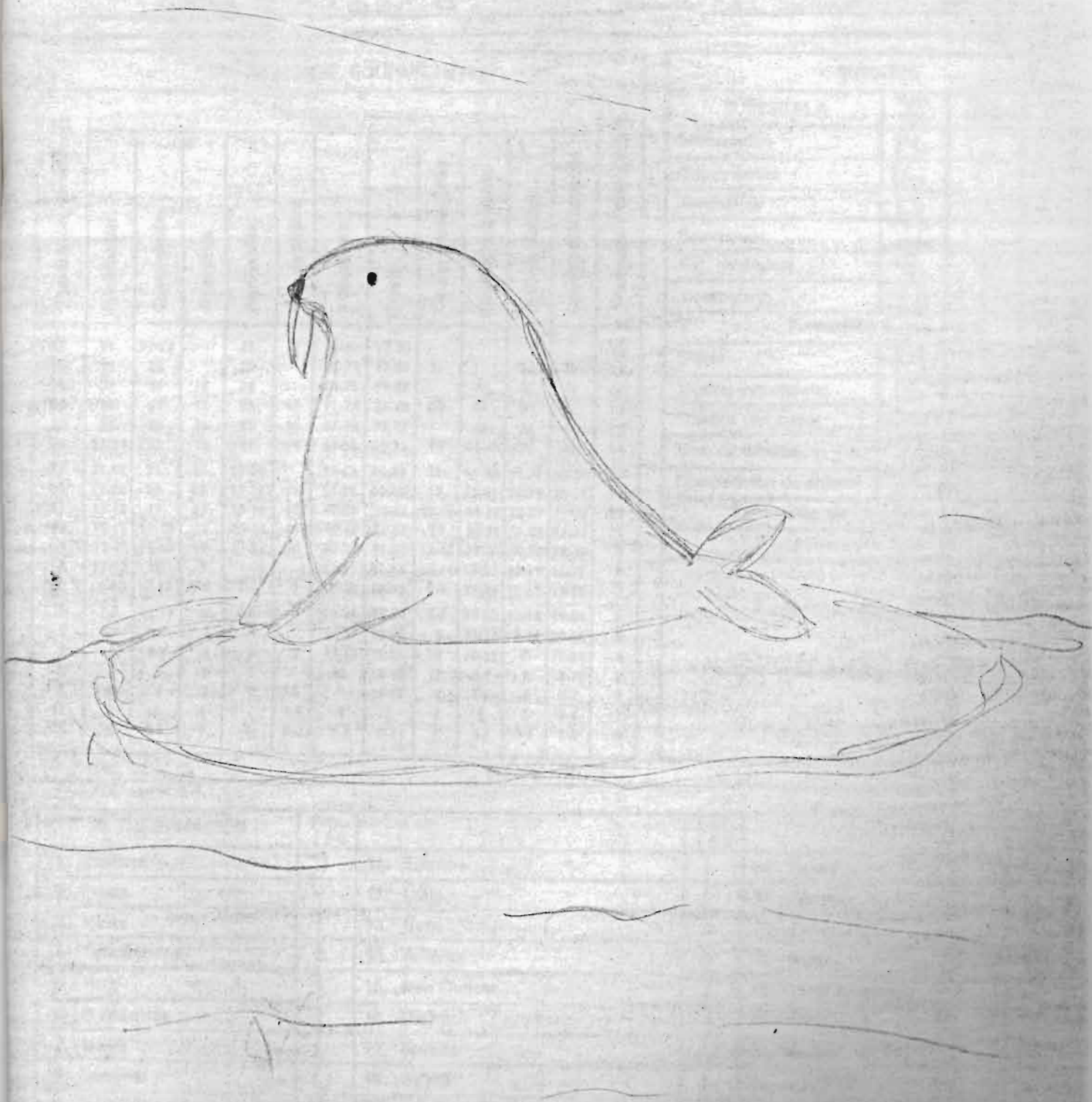




18. 5



WALS



MI

21-4

WAIS Español

PROTOCOLO



Nombre Ana
 Fecha de Nacimiento 01 01 91 Día Mes Año Edad 20 Sexo F Estado Civil Soltera
 Nacionalidad Mexicana Examinador UJTB
 Escala de Inteligencia para Adultos Sitio de Examen Consultorio Fecha Mayo 2001
 Ocupación Estudiante Educación 3er Semestre de Contad.

PUNTUACIONES EQUIVALENTES												
Puntuación normalizada	Puntuación natural										Puntuación normalizada	
	Información	Comprensión	Aritmética	Semejanzas	Ret. de dígitos	Vocabulario	Claves	Figuras incompletas	Diseños con cubos	Ord. de dibujos		Composición objetos
19	29	27-28		26	17	78-80	87-90					19
18	28	26		25		76-77	83-86	21		36	44	18
17	27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	43	17
16	26	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47	34	42	16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	41	15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40	14
13	21-22	21	14	19-20		59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13
12	19-20	20	13	17-18	13	54-58	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12
11	17-18	19	12	15-16	12	47-53	58-61	15-16	35-38	26-27	34-35	11
10	15-16	17-18	11	13-14	11	40-46	52-57	14	31-34	23-25	31-33	10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	32-39	47-51	12-13	28-30	20-22	28-30	9
8	11-12	14	9	9-10		26-31	41-46	10-11	25-27	18-19	25-27	8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7
6	7-8	10-11	6	6-6	8	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21	6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14	4
3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	8-10	3
2	2	4	2	1	4	9	13-14	2	3-5	6	5-7	2
1	1	3	1		4-5	8	12	1	2	5	3-4	1
0	0	0-2	0	0	0-3	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2	0

SUMARIO		
SUBESCALA	Punt. nat.	Punt. norm.
Información	19	12
Comprensión	16	9
Aritmética	13	12
Semejanzas	22	15
Ret. de dígitos	9	7
Vocabulario	53	11
Puntuación verbal		66
Claves	74	15
Figuras incompletas	15	11
Diseños con cubos	44	14
Ord. de dibujos	30	12
Composición de objetos	35	11
Puntuación de ejecución		63
Puntuación total		
Puntuación verbal		66 Cl 106
Puntuación de ejecución		63 Cl 116
Puntuación total		129 Cl 111

A. INFORMACION	Punt. 160		Punt. 160		Punt. 160
1. Bandera	1	11. Estatura	1	21. Países	0
2. Pelota	1	12. Italia	1	22. Génesis	1
3. Meses	1	13. Ropa	1	23. Temperatura	1
4. Termómetro	1	14. América	1	24. Hhada	1
5. Hule	1	15. Don Quijote	1	25. Vasos sanguíneos	0
6. Presidentes	1	16. Vaticano	1	26. Corán	1
7. Dante	1	17. Ecuador	0	27. Fausto	0
8. Semanas	0	18. Egipto	1	28. Etnología	0
9. Alaska	0	19. Levadura	0	29. Apócrifos	0
10. Brasil	1	20. Población	0		19

OBSERVACIONES:

9	2	8	1	7	9	4	6	8	5	9	7	1	8	5	2	9	4	8	6	3	7	9	8	6
6	2	5	1	9	2	8	3	7	4	6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6	3	7
1	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3	7	2	8	1	9	5	8	4	7	3
2	1	3	7	2	4	8	1	5	4	2	1	3	2	1	4	2	3	5	2	3	1	4	6	3

EJEMPLOS:

7
Puntuación

1 **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **=** **X** **V** **O** **U** **L** **T** **-**

G. CLAVES

H. FIGURAS INCOMPLETAS	
	Punt. 1 ó 0
1. Perilla	1
2. Rabo	1
3. Nariz	1
4. Manijas	0
5. Diamante	1
6. Agua	1
7. Puente	1
8. Clavija	1
9. Horquilla	1
10. Rosca	0
11. Aro	1
12. Huellas	1
13. Baja Calif.	1
14. Chimenea	1
15. Pata	1
16. Brazo	0
17. Dedo	1
18. Sombra	1
19. Estribo	0
20. Nieve	0
21. Cejas	0
	15

I. DISEÑOS CON CUBOS		
	Tiempo	Puntuación
1. 60"	1' 8"	0 2 (4)
2. 60"	1' 12"	0 2 (4)
3. 60"	7'	0 (4)
4. 60"	8'	0 (4)
5. 60"	7'	0 (4)
6. 60"	15'	0 (4)
7. 120"	21'	0 4 (5) (6)
8. 120"	1' 30"	0 (4) (5) (6)
9. 120"	1' 04"	0 4 (5) (6)
10. 120"	1' 08"	0 4 (5) (6)
		44

J. ORDENACION DE DIBUJOS			
	Orden	Tiempo	Puntuación
1. Nido	1 WXY	10'	0 2 (4)
2. Casa	1 PAT	3'	0 2 (4)
3. Asalto	ABCD	8'	0 (4)
4. Louie	ATOMIC	17'	0 (4)
5. Entrada	OPENS	22'	0 (4)
6. Coqueteo	JANET	49'	0 2 (4)
7. Pez	EF6HD	19'	0 2 4 (5) (6)
8. Taxi	SALUME	1' 10"	0 2 4 (5) (6)
			30

K. COMPOSICION DE OBJETOS		
	Tiempo	Puntuación
Maniqué	120"	12' 0 1 2 3 4 5 6 (7) 8
Perfil	120"	38' 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (10) 11 12 13
Mano	180"	64' 0 1 2 3 4 5 6 (7) 8 9 10 11
Elifante	180"	47' 0 1 2 3 4 5 6 7 8 (9) 10 11 12
		35

	Punt. 2, 1 ó 0	F. VOCABULARIO
1. Cama	2	
2. Nave	2	
3. Centavo	2	
4. Invierno	1	Una estación del año.
5. Reparación	2	Arreglar una cosa.
6. Desayuno	2	Alimento que se toma en la mañana.
7. Tela	1	Material para hacer ropa.
8. Rebanada	1	Un pedazo de algo.
9. Reunir	2	Agrupar.
10. Ocultar	2	Esconder algo.
11. Enorme	1	Algo muy grande.
12. Apresurar	1	Hacer las cosas más rápido.
13. Oración	2	La que consta de sujeto y predicado.
14. Arreglar	1	Reparar.
15. Comenzar	2	Iniciar algo.
16. Ponderar	0	<u> </u>
17. Caverna	2	Una cueva, gruta.
18. Designar	1	Encargarle a una persona lo que tiene q' hacer.
19. Doméstico	2	Algo relacionado a las labores del hogar.
20. Consumir	0	Comprar un producto.
21. Terminar	2	Darle fin a algo.
22. Obstruir	1	Interrumpir la continuación de una cosa.
23. Remordimiento	2	Un cargo de conciencia.



MINISTERIO DE EDUCACIÓN

HOJA DE RESPUESTAS

Forma R

S. K. Hathaway J. C. McKinley

NOMBRE ANA EDAD 20 SEXO F FECHA DE EXAMEN Mayo del 2020

DIRECCIÓN Consultorio OCUPACIÓN Estudiante

ESCOLARIDAD 3er. Sem. Contabilidad ESTADO CIVIL Soltero REFERENCIA _____

6'439-82710/5#F-L-K

Registro de escalas adicionales

Registro de escalas adicionales

T	?	L	F	K	1s	2s	3s	4s	5s	6s	7s	8s	9s	0s	T
120															
115															
110															
105															
100															
95															
90															
85															
80															
75															
70															
65															
60															
55															
50															
45															
40															
35															
30															
25															
20															
0															

T	?	L	F	K	1s	2s	3s	4s	5s	6s	7s	8s	9s	0s	T
120															
115															
110															
105															
100															
95															
90															
85															
80															
75															
70															
65															
60															
55															
50															
45															
40															
35															
30															
25															
20															
0															

Fracciones de K		
K	1	2
30	15	15
20	10	10
10	5	5
5	2	3
0	0	0

Puntuación bruta 444129222620454516151925

Puntuación corregida 282721

Puntuación bruta 444129222620454516151925

Puntuación corregida 282721

Examinador

Juan