

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

Psicodiagnóstico de un hombre de 25 años con esquizofrenia; en un ambiente hospitalario

Autor: Diana Bárcenas González

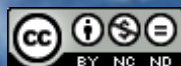
**Tesis presentada para obtener el título de:
Lic. En Psicología**

**Nombre del asesor:
Carmina Edith Cañada Rangel**

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.





FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESIS

**“PSICODIAGNÓSTICO DE UN HOMBRE DE 25 AÑOS
CON ESQUIZOFRENIA; EN UN AMBIENTE
HOSPITALARIO”**

Que para obtener el grado de licenciada en Psicología

Presenta:

Diana Bárcenas González

Asesora:

Mtra. En CC. Carmina Edith Cañada Rangel

CLAVE: 16PSU0004J

RVOE ACUERDO N° LIC100404

Noviembre de 2011

DEDICATORIA

Este trabajo comencé haciéndolo llena de miedo y de resistencias, que afortunadamente pude ir resolviendo en el camino, hasta poder llegar al punto de tener que pensar a quien dedicarle mi tesis.

Durante el tiempo que tardé en realizar este trabajo descubrí tantas cosas, sane heridas, abrí caminos, cerré ciclos, aprendí a conocerme cada día más, aprendí de todo lo que ahora está impreso en estas hojas, pero más que nada representa ese parte aguas entre lo que en algún momento pensé que era y lo que realmente soy.

Por lo anterior es que decido dedicarles esta tesis a mis dos guardianes más grandes, el primero es Dios ya que a pesar de todo nunca me ha dejado sola y me lo demuestra en todas y cada una de las personas que están junto a mí y con cada respiro.

La otra persona es mi más grande estrella en el cielo, mi abuelita hermosa Victoria Ramírez Vargas, a cada paso que doy ella siempre está conmigo cuidándome, pendiente de mí y de toda mi familia siempre en mi mente como una luz que ilumina mi camino. Gracias infinitas *Aby* hermosa, s, sin ti, sin haber creado una familia tan unida, tan fuerte y haberme apoyado siempre, no sería lo que soy justo hoy. Te amo siempre.

AGRADECIMIENTOS

Es tanta la gente a la quiero agradecer con toda mi alma, por su gran apoyo, por su comprensión, su compañía, sus ánimos, su interés y sobre todo por creer en mí, que, quisiera nombrarlos a todos.

Primero que nada quiero dar gracias a mis papás, porque desde que recuerdo han estado conmigo, apoyándome, reconfortándome, motivándome, me tocó ver sus enormes sacrificios por buscar darme lo mejor, porque desde el día que decidí dedicarme a esto siempre tuve su apoyo hasta este momento, donde todas aquellas expectativas de hace cinco años se resumen en unas cuantas hojas. Son uno de mis ejemplos más grandes de cómo lograr las cosas, los amo con toda mi alma.

También agradezco a toda mi familia, (ustedes saben quienes son) por brindarme su apoyo, por siempre estar cerca, por su interés, su confianza y su cariño que no se compara con nada. Recuerden siempre que familias como la nuestra pocas, los amo.

No puedo dejar de mencionar a mis maestros, empezando por los de los primeros semestres que lograron generar interés en mi por esta carrera, con todos sus conocimientos y a los de mitad de la carrera y al final por reforzarme todos y cada uno de mis días la gran pasión que siento por esta profesión y que la veía día con día reflejada en cada uno de ellos.

Por otro lado una de las partes más importantes de mi formación ha sido el haber ingresado a hacer mi servicio social dentro del hospital psiquiátrico “Dr. José Torres Orozco” más específicamente en el área de psicología clínica, ahí conocí a cuatro psicólogos y una terapeuta familiar, Xóchitl Arroyo (mi mamá), Ana Luisa Sandoval, Minerva Miranda, Carmina Cañada y Arnulfo Mariscal. Ustedes han sido un apoyo muy fuerte e incondicional durante estos dos años que llevo de conocerlos, en los cuales aprendí mucho de la profesión, perdí el miedo a aplicar todo lo que aprendía en mis clases, siempre resolvieron y siguen resolviendo mis dudas, preocupándose por que aprendiera bien a hacer bien el trabajo, más que por ustedes, por mí. Pero más que unos jefes, me encontré cinco maravillosos seres humanos, cálidos, amables, bromistas, sencillos, cuidadosos conmigo, sensibles y amorosos, que me enseñaron poco a poco a quererlos y a unirme a ellos con cada día que pasaba y que en este

punto de mi vida puedo llamar amigos. Gracias de verdad muchas gracias por todo, pero sobre todo por su cariño, los amo.

Un especial agradecimiento a la Psic. Xóchitl Arroyo, jefa del departamento de psicología clínica por siempre creer en mí y permitirme llevar a cabo esta investigación, a mi asesora de tesis Mtra. Carmina Cañada por todo su apoyo, su comprensión y ayuda para poder realizar este proyecto, también quiero agradecer a la Lic. Evelyn Caballero por asesorarme durante todo el proceso de elaboración de tesis y por tenerme paciencia, a la M.D.O y Directora de la faculta de psicología de la UVAQ Rosa María Galván por motivarme, por darme un último empujón y por siempre estar al pendiente.

Por último pero no menos importantes, quiero agradecer a todos y cada uno de mis amigos, sobre todo a aquellos que han estado presentes durante todo este proceso, por su apoyo, escucha, ayudarme cuando tenía dudas, por compartir este camino a ser psicóloga, ellos mejor que nadie conocen y saben todo lo que hemos vivido, gracias a ustedes: Ilse, Paulina, Omar, Miriam, Gaby, Tzitziqui, Gilberto, Hernán, Leonora, Sandra, Lumi, Violeta y Lorena, por brindarme su amistad, compartir tristezas, alegrías, logros, decepciones, por siempre acompañarme, quererme, permitirme ser parte de su vida y aceptar ser parte de la mía. Los amo con todo mi corazón.

ÍNDICE

Introducción.....	8
Antecedentes.....	12
Justificación.....	14
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	16
1.1 Desarrollo del adulto medio.....	17
1.1.1 Etapas psicosexuales de Sigmund Freud.....	17
1.2 Esquizofrenia.....	20
1.2.1 Psicosis.....	20
1.2.2 Esquizofrenia.....	26
1.2.2.1 Fases de la esquizofrenia.....	34
1.2.3 Subtipos de esquizofrenia.....	35
1.2.4 Esquizofrenia paranoide.....	36
1.2.5 Psicodinamia de la esquizofrenia.....	38
1.3 Familia esquizofrenizante.....	41
1.3.1 La familia.....	41
1.3.2 Familia esquizofrenizante.....	42
1.3.3 Sistema familiar cerrado.....	42
1.3.4 Simbiosis.....	43
1.4 Establecimiento de criterios diagnósticos.....	46
1.4.1 Diagnóstico multiaxial.....	48
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.....	50
2.1 Enfoque.....	51
2.1.1 Tipo de alcance.....	53
2.1.2 Tipo de estudio.....	53
2.2 Objetivo general.....	54
2.2.1 Objetivos particulares.....	54
2.3 Planteamiento del problema.....	55
2.3.1 Preguntas de investigación.....	55
2.4 Supuestos teóricos.....	56

2.5 Ejes temáticos.....	56
2.6 Técnicas de recolección de datos.....	57
2.6.1 Historia clínica psiquiátrica (formato Meninger).....	57
2.6.2 Técnicas proyectivas.....	58
2.6.2.1 TEST GESTÁLTICO VISO MOTOR DE LAURETA BENDER.....	59
2.6.2.2 TEST HTP (CASA, ÁRBOL, PERSONA).....	60
2.6.2.3 TEST DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER.....	62
2.6.2.4 TEST DEL ÁRBOL.....	63
2.6.2.5 TEST DE LA CASA.....	64
2.6.2.6 TEST DEL DIBUJO DE LA FAMILIA.....	64
2.6.4 MMPI-2.....	65
2.6.5 RAVEN.....	69
2.7 Participante.....	69
2.8 Escenario.....	70
2.9 Procedimiento.....	71
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	74
3.1 Eje I. Esquizofrenia.....	75
3.2 Eje II. Psicodiagnóstico.....	82
3.3 Eje III. Ambiente Hospitalario.....	139
3.4 Análisis descriptivo.....	142
3.5 Análisis general.....	154
CAPÍTULO IV. DISCUSIONES.....	160
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES.....	169
Limitantes y sugerencias.....	177
Referencias.....	182
ANEXOS.....	183

RESUMEN

El presente trabajo, tiene por objetivo demostrar la profundidad a la que puede llegar el psicodiagnóstico para poder participar en la elaboración del diagnóstico en enfermedades mentales, dentro de un ambiente hospitalario, más específicamente en la esquizofrenia.

El psicodiagnóstico está sustentado en herramientas como lo son la historia clínica psiquiátrica de Menninger, las pruebas psicométricas, (MMPI-2, HTP, Machover, entre otros) y la historia clínica psiquiátrica de Menninger.

La información obtenida a través de la recopilación de datos fue analizada y sintetizada, de modo que, basado en los ítems requeridos por el DSM-IV-TR y el CIE-10, fue posible llegar a la conclusión de que, en efecto el psicodiagnóstico sí es una herramienta que ayuda al psicólogo dentro de la elaboración de diagnósticos clínicos y por lo tanto la psicología es una ciencia de gran importancia dentro de las enfermedades mentales como las psicosis.

Palabras clave: Psicodiagnóstico, Esquizofrenia, Historia Clínica, Pruebas Psicométricas.

INTRODUCCIÓN

Desde que el hombre comenzó a poblar la tierra, con él llegaron diversas enfermedades y algunas otras han ido apareciendo con el tiempo. En el caso de las enfermedades mentales, se ha ido descubriendo que son más comunes de lo que se había considerado, además de que en tiempos anteriores eran vistas como castigos divinos para los sujetos o las familias de los mismos, que además los padecían en conjunto.

En otro momento se tuvo la firme creencia que se trataba de gente “endemoniada” que venía a mostrar la existencia del diablo y recodarle a la gente que debía portarse bien. En épocas más recientes ha sido posible ir estudiando cada vez con mayor detenimiento que las enfermedades mentales pueden tener un origen tanto como emocional, de modo que los antecedentes del sujeto son factores que dan origen a la enfermedad mental.

En lo que respecta a la esquizofrenia, siempre se han tenido diversos tabús, creyendo que son gente “loca” que no tiene la capacidad de entender y mucho menos de sentir, por lo cual constantemente eran aislados y en algunos lugares todavía lo son.

En el siglo XVIII aproximadamente se comenzó a dar importancia al estudio de la esquizofrenia desde el punto de vista psicológico, concluyendo que es una parte fundamental en el diagnóstico y tratamiento de la misma.

La presente investigación lleva por nombre “Importancia del psicodiagnóstico en una persona de 25 años con esquizofrenia” la cual, como su nombre lo dice, tiene por objetivo principal demostrar por medio del psicodiagnóstico la importancia que tiene la psicología en el diagnóstico de enfermedades mentales.

Dentro de los objetivos particulares se encuentran, la búsqueda de un caso que sea susceptible al tema de interés, la realización de una valoración psicodiagnóstica, la identificación de síntomas y patrones específicos de conducta del usuario, analizar el papel que juega la familia durante el desarrollo y transcurso de la enfermedad, la relación materno-filial y su relación con el origen de la enfermedad, así como el análisis de las relaciones de pareja y sociales/laborales antes y durante su enfermedad.

Para poder llevar a cabo esta investigación fue necesario utilizar un estudio de caso, ya que hacer un diagnóstico certero a través del uso del psicodiagnóstico requiere de un análisis a profundidad.

Dentro de la primera parte de la investigación se buscó el lugar ideal para encontrar un sujeto con las características necesarias para el estudio, siendo así, que, se eligió un usuario que asiste a consulta psiquiátrica y psicoterapia al área de consulta externa del hospital psiquiátrico “Dr. José Torres Orozco”.

La investigación consistió principalmente en la realización de una historia clínica basada en el formato de historia clínica psiquiátrica de Menninger, siendo necesario contar con la participación del sujeto de estudio, al cual denominaremos como V y también fue necesaria la presencia de los padres para poder completarla, ya que debido al estado psicótico en que se encontraba V, mucha de la información obtenida estaba en desorden o mezclada con las ideas delirantes presentes en ese momento.

Otra parte importante dentro de la investigación fue la aplicación de una batería completa de pruebas psicométricas y proyectivas que permitieran un análisis más completo. Dentro de las pruebas proyectivas utilizadas se encuentran, el test de la figura humana, HTP (árbol casa persona), test gestáltico viso motor (Bender), test del árbol, test del dibujo de la familia y test de la casa. Dentro de las psicométricas se utilizó el inventario multifásico de la personalidad MMPI-2 y el test de matrices progresivas de Raven en su escala general.

Una vez realizada toda la parte práctica del estudio de caso, se comenzó la revisión de textos que tuvieran una relación con la información obtenida para así poder relacionarla y tener una base teórica que sustentara la investigación.

Se tomaron en cuenta textos como el DSM-IV-TR, CIE-10, tomos de psiquiatría, Codrech, diccionario de psicoanálisis, conceptos de Winnicott, Melanie Klein, Margaret Mahler, Sears, Erickson, Freud entre muchos otros.

Una vez revisada la teoría, fue posible comenzar con las discusiones, las cuales dieron pie a identificar cuáles de las características identificadas durante la investigación tienen relación con la teoría y de qué manera se van relacionando hasta volverse un síntoma de la esquizofrenia.

A partir de las discusiones fue posible llegar a diversas conclusiones, entre las cuales destaca, que en efecto el psicodiagnóstico es una herramienta importante para el establecimiento de un diagnóstico certero.

Fue posible responder al planteamiento del problema de manera favorable, es decir que la labor que un psicólogo desempeña a través del psicodiagnóstico, es determinante para establecer un diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Esta investigación logró cubrir todos los supuestos teóricos, ya que cuenta con los elementos suficientes para defender el diagnóstico.

Se encontraron también ciertas limitantes como la dificultad que implica el trabajar con una persona psicótica, la estructura familiar, la desconfianza que en ocasiones mostró el usuario entre otras.

Por otro lado, se considera necesario sugerir al equipo que trabaja con enfermedades mentales, se logre realmente un trabajo interdisciplinario que permita una mejoría del usuario en diversos aspectos de su vida.

También es menester mencionar las posibles nuevas líneas de investigación ya que se considera pueden ser de gran importancia dentro de las investigaciones en relación a esta enfermedad. Por un lado realizar un análisis con un sujeto que presente diferentes condiciones familiares y poder analizar sus reacciones y el tipo de ideas delirantes que presenta, hacer una revisión de algunos de los casos que se presentan dentro de este nosocomio o algún otro y determinar de qué manera se ha llegado al diagnóstico, analizar la personalidad de la gente que decide iniciar o tiene una relación con una persona con alguna enfermedad mental y descubrir si poseen características similares.

En conclusión esta investigación logró los objetivos propuestos y además fue posible identificar datos importantes que a primera vista parecieran no ser trascendentes, sin embargo en este caso en específico lo fueron, como es el caso del fallecimiento de la tía de V, con la cual él se sentía seguro y protegido.

Es menester hacer mención en este punto que se hará referencia al usuario con el nombre de **V**.

ANTECEDENTES

Se han realizado diversos estudios acerca de la esquizofrenia, ya que en general es un tema que permite la exploración en diversos aspectos de dicha enfermedad, desde el origen, el funcionamiento del individuo dentro de su ambiente social, la reinserción del mismo a la sociedad, el nivel de funcionamiento que puede llegar a desarrollar, su familia, así como el papel fundamental que desempeña el realizar un diagnóstico adecuado.

En 2004 se llevó a cabo una investigación llamada “La esquizofrenia en atención primaria: el estudio SASPE”, que se encargó de destacar los síntomas prodrómicos más importantes y característicos dentro de un cuadro de esquizofrenia y que tenía como tema de principal interés que tales síntomas fueran atendidos en estadios tempranos y los pacientes lograran ser tratados con un menor número de complicaciones.

En el año 2010, el Dr. Serrani, realizó un estudio experimental a pacientes con esquizofrenia, en el cual buscaba identificar diversas emociones con un grupo muestra, utilizando como instrumento de medición tests proyectivos, con los cuales pudo identificar claramente emociones que no pudieron ser expresadas de la misma forma por pacientes con otro tipo de psicosis.

Se tiene como antecedente también, la investigación llevada a cabo por Érica García Rangel ex alumna de la Universidad Vasco de Quiroga en Morelia, Michoacán, México. En el año 2010, que si bien es una investigación enfocada en la esquizofrenia, consta de diferentes matices debido a que se centra en revisar la dinámica familiar cuando un integrante de ésta padece dicha enfermedad.

Los escritos mencionados anteriormente, presentan características que se consideran importantes dentro de esta investigación, ya que tienen cierta relación con la misma.

Por un lado los síntomas prodrómicos dentro de la esquizofrenia, que forman parte de esta investigación junto con las características premórbidas, ambas fueron detectadas dentro de este estudio de caso y son síntomas que de haber sido detectados a tiempo hubieran podido, no detener la evolución de la enfermedad, pero sí el comenzar a controlarla antes de que se diese el brote psicótico agudo.

Por otro lado, la investigación que está relacionada con las emociones en pacientes esquizofrénicos, fueron detectadas a través de tests proyectivos, los cuales dentro de este estudio de caso se han tomado en cuenta como herramientas para la recolección de datos, que junto con la historia clínica, pueden ser estimados por el psicólogo como valiosas herramientas para realizar un diagnóstico certero.

Otro punto relevante es el sistema familiar, ya que de esto dependerá si el sujeto se desarrolla en un ambiente patológico o en uno sano, es por esto que se consideró importante tomar en cuenta esta investigación, porque permite ver de manera clara algunas de las características que se presentan en la dinámica familiar con un integrante esquizofrénico.

Dentro de este estudio de caso, se hace referencia a aquellos aspectos específicos, que son tomados en cuenta como de gran importancia dentro de las pautas diagnósticas para que el sujeto tenga predisposición a dicha enfermedad y por otro lado se detecte si cubre o no, los criterios necesarios para ser diagnosticado con esquizofrenia por el DSM-IV-TR, además de lograr identificar los principales datos relacionados con la vida del sujeto y sus relaciones con el ambiente. Obteniendo así una amplia cobertura sobre el tema, que se puede considerar, servirá para ayudar en futuras investigaciones, así como para poder ser tomada en cuenta como antecedente en casos que presenten situaciones parecidas, donde dadas las características del caso, el diagnóstico puede ser difícil de establecer.

JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad que se ha vuelto famosa últimamente como la más reconocida de las enfermedades mentales. Lo anterior lleva a las personas a tener ideas equivocadas acerca de la misma o creer que todo aquello relacionado con enfermedades mentales es una esquizofrenia. Ha sido el “símbolo sagrado de la psiquiatría”.

Los profesionales de la salud deben tener un conocimiento claro acerca de ésta enfermedad para que su detección sea rápida y se pueda controlar de manera eficaz, lo cual permitirá a los pacientes poder ser funcionales dentro de sus ambientes sociales y en algunos casos llevar su vida de forma normal, con su respectivo tratamiento.

Existen casos específicos en los que llegar a un diagnóstico acertado se vuelve una tarea difícil de realizar, ya que la influencia de distintos factores como la sintomatología, antecedentes heredofamiliares, funciones a nivel bioquímico, neuronal y el desarrollo del individuo desde su nacimiento en el ambiente familiar, son características que pueden llevar a identificar el diagnóstico, pero al mismo tiempo existe la posibilidad de que el conjunto de factores genere una situación que complique llegar a él, en lugar de facilitarlos.

Desde el punto de vista psicológico se trabaja el origen de la psicosis de tipo funcional, que si bien tiene la misma sintomatología que la orgánica, el origen está enfocado principalmente en el vínculo que se desarrolla con la madre dentro de los primeros meses de vida, que será el que le permita al individuo tener una personalidad lo suficientemente fuerte para resolver los problemas que se vayan presentando durante toda su vida.

Es de gran interés realizar un estudio de caso ya que, según Bonilla (2000) éste comprende el análisis repetido y a profundidad de las personas, que se realiza

habitualmente en un periodo de tiempo prolongado e incluye observaciones repetidas, entrevistas no estructuradas y otros procedimientos más formales, tales como la elaboración de una historia clínica y aplicación de pruebas psicométricas y proyectivas. A partir de lo anterior es posible tomar el estudio de caso como una opción viable que permita recopilar la información necesaria, en la cual se presenta toda la sintomatología precisa para llegar al diagnóstico, aún cuando identificar el origen de la misma no sea un trabajo sencillo, ya que en este caso en específico, la familia pareciera contar con los recursos suficientes para dar una personalidad fuerte a cada uno de los integrantes, sin embargo la enfermedad mental está presente.

Este estudio además de servir como antecedente para identificar las características que se han pasado por alto en este caso en específico, tendrá también la posibilidad de servir como guía al momento de diagnosticar a distintos pacientes y reconocer también que existe la posibilidad de diagnosticar una esquizofrenia aunque existan antecedentes que no coincidan con los ya especificados en libros dedicados a enfermedades mentales.

Cabe destacar que el interés en realizar esta investigación sólo se enfoca en realizar el diagnóstico, sin trabajar ningún aspecto en relación al tratamiento psicoterapéutico.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Desarrollo del estado adulto medio

Para poder identificar las características de un individuo y relacionarlas con las que se consideran normales dentro del desarrollo de cada uno de los seres humanos, se han desarrollado a lo largo de los años varias teorías que permiten de manera más específica identificar diferentes aspectos del desarrollo que un individuo debe poseer o en algunos casos, etapas que debió pasar para lograr su progreso; dichas teorías están enfocadas a aspectos tales como el desarrollo psicosexual, cognoscitivo y social.

1.1.1 Etapas psicosexuales de Sigmund Freud

Muuss (1997) señala que, según la teoría psicoanalítica propuesta por Sigmund Freud, las etapas del desarrollo psicosexual están genéticamente determinadas y relativamente independientes de factores ambientales.

Papalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman (2004) mencionan que en la teoría del desarrollo psicosexual el individuo pasa por distintas etapas de evolución en las que se producen cambios, en él mismo y sus relaciones con los demás, tales etapas son denominadas etapas de evolución de la libido.

En estas etapas el individuo busca distintas formas de satisfacción de la sexualidad y de las fantasías.

Freud describió las etapas y las zonas donde se centra el placer en cada momento del desarrollo, las cuales permiten comprender las características de la personalidad y el comportamiento.

1. Según la teoría Freudiana, la etapa **oral** es el primer momento en la evolución de la personalidad del individuo y se caracteriza por dirigir la libido hacia la boca

y buscar la satisfacción gracias a la actividad de succión; va desde el nacimiento hasta el destete (0- 8 meses, aproximadamente), el niño poco a poco se va identificando con su madre, sus actividades principales son masticar, chupar y morder.

2. La siguiente etapa es la **anal** en la cual la libido se dirige hacia el ano y la satisfacción sobreviene por la expulsión o retención de las heces. El niño descubre junto con el control del esfínter el poder que esto le trae, dar o no dar según quiera, en este momento él toma posesión de su cuerpo y decide si desea o no ir al baño, lo cual genera que su independencia comience a formarse; va de 18 meses a 3 o 4 años.
3. Para Freud la etapa **fálica** es fundamental para el desarrollo del psiquismo, porque en ella se produce el complejo de Edipo y el complejo de Electra. Entre los cuatro y los seis años el niño dirige el impulso erótico hacia sus genitales y consigue la satisfacción el varón mediante el juego con su pene y la niña con su clítoris, o mediante la masturbación; se descubre también la diferencia entre sexos.

Los padres imponen una renuncia al interés que tienen por tocarse, basados en la estética y la moral, el niño se adapta a tal imposición con tal de seguir contando con el amor de sus padres.

Va descubriendo también la muerte y pregunta sobre el por qué de la misma, al mismo tiempo descubre que no es el único amor de su madre y que puede ser abandonado por otros amores que la misma tenga, por lo tanto padre y hermanos se vuelven rivales.

4. La **latencia** es la etapa del desarrollo psicosexual situada entre los cinco o seis años y la pubertad. En esta fase y como consecuencia de la aparición del súper

yo, el niño reprime sus sentimientos edípicos e inhibe sus apetitos erótico-sexuales y logra sublimarlos hacia el estudio y el ejercicio físico además se logra de manera exitosa el mecanismo de la represión. De manera que el niño queda libre para establecer relaciones con sus pares y demás personas.

5. A partir de la pubertad se produce la etapa **genital** o segunda etapa de interés genital. En esta etapa, el niño, tras la superación del complejo de Edipo, orienta su deseo sexual fuera de la familia, hacia personas del sexo opuesto y convierte la relación genital reproductora en el objetivo del instinto sexual, aprende los modos socialmente aceptados de la expresión de estos deseos; de la misma manera se da la liberación de los padres.

1.2 ESQUIZOFRENIA

1.2.1 Psicosis

American Psychiatric Association (2002) afirma que a lo largo de la historia de la medicina ha destacado la necesidad de componer una clasificación específica para los trastornos mentales, la problemática mayor siempre ha consistido en cuales son aquellas enfermedades que deberían incluirse y cuál sería el método recomendable para su organización.

En 1980 la American Psychiatric Association, en ese entonces llamada "American Medico- Psychological association". Elaboró una diferenciación de siete categorías de trastorno mental "manía, melancolía, monomanía, paresia, demencia, dipsomanía y epilepsia".

Compas y Gotlib (2003) mencionan que en la actualidad estas categorías se ven agrupadas en el DSM-IV que describe más de 200 categorías específicas de diagnóstico, dispuestas bajo 18 rubros principales y a su vez cada categoría contiene un número variable de subcategorías con criterios explícitos y reglas de decisión para determinar cada diagnóstico, tales criterios incluyen un conjunto especificado de síntomas y estándares mínimos para el número, gravedad y duración de los síntomas que deben estar presentes para elaborar un diagnóstico particular.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que en la década de los 70's nació el interés en el mundo por mejorar la clasificación psiquiátrica. Así es como nace la clasificación internacional de enfermedades para trastornos mentales y del comportamiento en su primera edición (CIE), la cual se ha ido modificando con el paso de los años al detectar cada vez más características y divisiones que facilitan el diagnóstico, llegando a su décima versión.

Kolb y Brodie (2001) señalan que, en términos de psiquiatría, un adulto sano es una persona que muestra una conducta que confirma el hecho de que se percibe a sí mismo, es decir su identidad personal, con un propósito de vida, autonomía personal y con la voluntad de percibir la realidad, de manera que logra mantenerse flexible ante el estrés; Posee la capacidad de hacer frente a frustraciones, de modo que prosigue con ciertas tareas hasta llegar el punto de verlas culminadas con éxito.

Del mismo modo que en otras esferas de la salud, en el campo mental no hay límites fijos, es decir, las fijaciones del carácter limitan el grado en que el individuo realiza su potencial, produce la aparición de síntomas, hace que se alteren las funciones que ya existían, genera que aparezca una conducta regresiva y deforma o empobrece los afectos, tal empobrecimiento va a depender en ocasiones del grado de estrés a que se vea sometido el individuo y en otras ocasiones a alteraciones a nivel orgánico.

Jackson (2001) menciona que la enfermedad mental constituye uno de los principales problemas de salud pública de nuestro tiempo. Algunas de las condiciones que originan el problema se asocian, sin duda con los cambios en las pautas culturales o con el desarrollo de medios propicios para crear situaciones de stress específicas.

De la misma manera asegura que otras enfermedades mentales dependen en mayor parte de la gran cantidad de fuerzas biológicas y evolutivas que operan en las poblaciones humanas.

Según la American Psychiatric Association (2002) el término *psicosis* ha sido definido de varias maneras, pero la definición más clara que existe se refiere “a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas debiendo presentarse éstas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica”. (American Psychiatric Association, 2002)

Ortega y Valencia (2001) señalan que las psicosis constituyen un trastorno cualitativo de la personalidad global, por lo general grave, cuya aparición implica una ruptura en la continuidad biográfica del individuo, sin embargo el concepto de psicosis no responde a una realidad homogénea, es decir no todos los casos presentados son iguales o coinciden entre sí.

Lemos (1995) señala que la psicosis es la pérdida del juicio de la realidad y se puede producir por diferentes causas, por lo tanto, para definir el diagnóstico es necesario analizar otros parámetros de examen psicopatológico además de la revisión de la evolución y formas del curso del cuadro clínico.

El psicótico no es capaz de integrar su conducta y llevarla a un propósito sino que reacciona en una forma ansiosa, agitada, no controlada y desconectada, como si no tuviera recursos físicos ni psicológicos para hacer frente a estos incidentes diarios.

Mancilla Gómez (2008) señala que, desde el punto de vista descriptivo la psicosis comprende una grave desorganización de la personalidad: percepción, memoria, juicio, actividad motriz, etc. No se dan cuenta que se encuentran psiquiátricamente enfermos.

Desde el punto de vista clínico, se caracteriza por la presencia de uno o más síntomas específicos: alucinaciones, ilusiones, delirios, pierde contacto con la realidad, o tiene una tenue conciencia de la misma y la sustituye con fantasía.

Desde el punto de vista terapéutico: generalmente se requiere de hospitalización, sobre todo al principio del tratamiento; se trabaja con un equipo interdisciplinario ya que también es necesario el uso de fármacos.

En el punto de vista dinámico, se considera como una seria deterioración de las funciones ejecutivas de la personalidad, la comprobación de la realidad es

excesivamente defectuosa. Los conflictos entre los impulsos muy arraigados y las funciones ejecutivas aumentan. Grave deterioro de la capacidad de relación de objetos.

Winnicott (1971) define la psicosis de la siguiente manera: Es mantenerse en la ilusión y querer que los demás la compartan "... Ilusión, lo que permite al niño lo que en la vida adulta es inherente del arte y la religión, pero que se convierte en el sello de la locura cuando un adulto exige demasiado de la credulidad de los demás cuando los obliga a aceptar una ilusión".

Mahler (1972) señala que, son distorsiones psicopatológicas de las fases normales del yo y de sus funciones dentro de una relación primaria madre-hijo.

Por otro lado Segal (1985) cita a Klein quien explica el origen de la psicosis de la siguiente manera "El punto de fijación de las enfermedades psicóticas yace en la posición esquizo-paranoide y en los comienzos de la posición depresiva". Por lo tanto se tiene que dar una regresión a estas etapas para que se rompa el contacto con la realidad.

Spitz (1968) por su parte la describe como: el no ser capaz de dar significado a un objeto, por lo tanto no se podrá construir un objeto libidinal; esto interferirá más adelante ya que no se podrá establecer relaciones objetales en el futuro. Desde el punto de vista de Spitz, la psicosis sería permanecer en la etapa pre-objetal y los que logren avanzar un poco más, en la etapa precursora del objeto.

Zurro (2003) refiere que la psicosis es un trastorno mental mayor que puede tener origen emocional u orgánico, que produce un deterioro en la capacidad del individuo para pensar, responder emocionalmente, comunicarse, recordar, interpretar la realidad y comportarse de acuerdo con las demandas socioculturales.

Una clasificación primordial dentro de la psicosis, es la que hace división entre las psicosis funcionales y orgánicas. Dentro de las psicosis orgánicas la etiología de ésta, como su nombre lo dice se relaciona con una causa orgánica, mientras que en las funcionales, no existe una causa orgánica.

Kleinmuntz (1980) menciona que, existen dos tipos de psicosis, la psicosis asociada a lesión cerebral del sistema nervioso central, por ejemplo la psicosis senil, psicosis alcohólica, etc.

Por otro lado se encuentran las psicosis que no se atribuyen a lesión cerebral: las psicosis funcionales o afectivas.

La diferencia entre ambas categorías es que en la primera sí están afectadas las condiciones físicas es decir, hay lesión tisular cerebral identificable.

Otra diferencia radica en que las personas con psicosis donde hay destrucción orgánica tangible se pueden recuperar después de que ha desaparecido el daño que lo provocaba, aún en casos donde la lesión es irreversible, el sujeto se puede recuperar porque el cerebro tiene la capacidad de compensar la destrucción de algunas células haciendo que los tejidos circunvecinos la reemplacen, por lo menos en las funciones correspondientes.

Desde el punto de vista de la teoría psicoanalítica, la patología de la psicosis según señalan Kaplan & Sadock (1992) está relacionada con un trastorno primitivo de los procesos de interiorización. Su trastorno esencial se relaciona con ciertas formas de patología del carácter, que pueden entenderse en términos de sus componentes estructurales, donde existen trastornos de los procesos de integración y organización que permiten el establecimiento de estructuras del yo adecuadas. El proceso es de un nivel de fijación considerablemente más primitivo que cualquier otro trastorno y está dado en función de una disrupción y distorsión en el contexto inicial de la interacción

madre hijo. La organización de los proyectos es más frágil y menos coherente, el grado de fusión instintiva es más grave y primitiva, la sensibilidad a ataques regresivos es más fácil e intensa y la resultante escisión del yo considerablemente más profunda y radical, dejando el yo en un estado fragmentado, vulnerable y débil.

Coderch (1991) señala que según la postura psicoanalítica las psicosis pueden ser divididas en dos grandes grupos: las orgánicas, donde existe una patología cerebral o somática general como causa de la perturbación psíquica; y las funcionales o endógenas, en las que no existe alteración orgánica concreta y desencadenante del trastorno y en las que se considera existe multiplicidad en los factores somáticos y psicológicos, como el desarrollo del yo, las experiencias infantiles, la regresión, las fijaciones, etc., que se configuran entre sí de diferentes modos, dando lugar al desencadenamiento de la enfermedad.

Las psicosis funcionales se explican por la retirada de la libido del mundo exterior por sus excesivas exigencias para el yo. Esta libido es más tarde abandonada por el yo y es volcada al exterior con lo que se originan las distintas manifestaciones de la psicosis.

Las psicosis funcionales se pueden dividir en tres grupos: psicosis esquizofrénicas, psicosis paranoicas y psicosis maniaco depresivas.

Gomberoff (1985) señala que los principales tipos de psicosis son la esquizofrenia y la paranoia, su principal diferencia radica en que, en la paranoia, el delirio permanece contenido dentro de límites gracias a la mayor fuerza y capacidad defensiva del yo, sin invadir todo el sistema de relaciones del individuo con el mundo exterior y con los otros sin que la regresión instintiva del conflicto entre las diversas instancias psíquicas conduzca al grado de disgregación que se observa en la esquizofrenia.

1.2.2 Esquizofrenia

Cuando en 1911. Eugene Bleuler (1857 – 1939) publicó su capítulo “Dementia Praecox order Gruppe der Schizophrenien” en el *Handbuch der Psychiatrie*, obra colectiva dirigida por Gustav Aschaffernburg, según señala Bleuler (1911), no solo introdujo en la psiquiatría un neologismo que habría de tener éxito sorprendente y que llegaría a constituir, a la larga, “la enfermedad mental” paradigmática del siglo XX, sino que al mismo tiempo su aportación significó una verdadera ruptura epistémica, un parteaguas muy agudo en la compleja evolución histórica de ésta especialidad. (Ortega y Valencia, 2001, pág. 9)

Ortega y Valencia (2001) mencionan que; Bleuler por un lado tomó el concepto unificador de *Dementia Praecox* de Kraepelin y por el otro consideraba que no se trataba de una sola enfermedad, sino de un conjunto de trastornos que poseían características comunes.

Jackson (2001) refiere que de todas las enfermedades mentales, las psicosis esquizofrénicas son las que poseen mayor grado de responsabilidad en cuanto a la producción de una incapacidad grave y prolongada. Aunque rara vez provoque la muerte, el carácter destructivo de éste trastorno es significativo debido a que ataca en los años más fructíferos de la vida de un individuo.

Es de suma importancia comprender que no existe prueba alguna de que la esquizofrenia sea un trastorno con una causa específica

Uno de los síndromes más estudiados según Zurro (2003) es la esquizofrenia, que dentro de sus criterios clínicos comparte características con otros trastornos mentales, siendo así que se dificulta la definición exacta de un trastorno.

Existen diversas técnicas que se esfuerzan por evitar que se recaiga en una clasificación global de la esquizofrenia, o en la consideración de aspectos aislados del trastorno. Tales técnicas consisten en listas de signos y síntomas que abarcan muchos aspectos de la psicopatología de los pacientes esquizofrénicos.

Cada ítem constituye así la base para una escala de evaluación, y todos los pacientes deben evaluarse en relación con cada uno de ellos. Dos de las escalas que se vienen utilizando en las investigaciones más recientes son: “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su versión número IV (DSM-IV-TR)” y “Clasificación internacional de las enfermedades, en el apartado que corresponde a trastornos mentales y del comportamiento en su décima revisión (CIE-10)”.

Por lo tanto la esquizofrenia es entonces:

Una alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa, por ejemplo dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos. (American Psychiatric Association, 2002)

Dentro de las características esenciales de la esquizofrenia se encuentran una mezcla de signos y síntomas peculiares tanto positivos como negativos, que han estado presentes durante una parte significativa de tiempo, un mes aproximadamente y con algunos signos del trastorno que han persistido al menos durante seis meses. Estos signos y síntomas están asociados a una fuerte disfunción social o laboral. Dicha

alteración no es explicable por un trastorno esquizoafectivo o algún trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o una enfermedad médica, en sujetos con un diagnóstico previo de trastorno autista u otro trastorno generalizado del desarrollo.

El diagnóstico adicional de esquizofrenia solo es oportuno si hay ideas delirantes o claras alucinaciones presentes durante al menos un mes.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un extenso número de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización del comportamiento, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención.

Ningún síntoma aislado es en definitiva derivado de una esquizofrenia ya que el diagnóstico envuelve el reconocimiento de una cadena de signos y síntomas incorporados a un deterioro de la actividad laboral o social.

Los síntomas como se mencionó anteriormente se dividen en positivos y negativos. “Los síntomas positivos incluyen distorsiones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) y la organización del comportamiento (gravemente desorganizado o catatónico)” (American Psychiatric Association, 2002).

Estos síntomas a su vez están divididos en dos grupos: la dimensión psicótica que incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la dimensión de desorganización incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizados. Esta división puede estar relacionada con mecanismos naturales subyacentes y correlaciones clínicas diferentes.

Por otro lado, los síntomas negativos comprenden limitaciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional, de la fluidez y la productividad de pensamiento y el lenguaje y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo.

Las **ideas delirantes** son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas, como son: persecución, autoreferencia, somáticos, religiosos o grandiosos, siendo las ideas delirantes de persecución las más comunes, en estas la persona cree que está siendo molestada, seguida, engañada, espiada o ridiculizada.

Las ideas delirantes extrañas son consideradas especialmente típicas de la esquizofrenia la rareza es difícil de juzgar dependiendo de la cultura y se califican como extrañas cuando son claramente improbables o impredecibles y si no derivan de experiencias corrientes de la vida.

Kaplan & Sadock (1992) señalan que por definición, las ideas delirantes son falsas ideas que no pueden ser corregidas por razonamientos lógicos y son idiosincráticas en el paciente; es decir no forman necesariamente parte de su medio cultural.

Por otro lado la American Psychiatric Association (2002) menciona que; las **alucinaciones** pueden aparecerse en cualquier modalidad sensorial como son: visuales, auditivas, olfativas, gustativas y táctiles.

Siendo las alucinaciones auditivas las más comunes dentro de este padecimiento y son experimentadas generalmente como voces, ya sean conocidas o desconocidas que son percibidas como externas a los propios pensamientos del individuo. Para que sean consideradas como parte de una patología deben haber aparecido dentro de un contexto de claridad.

Kaplan & Sadock (1992) mencionan que las alucinaciones son experiencias sensoriales sin los correspondientes estímulos externos y las más comunes son las auditivas,

siendo así que tienen como característica ser voces con instrucciones o comentarios dirigidos hacia el paciente o dos voces que platican entre sí acerca de él.

Por otro lado las alucinaciones visuales se presentan con menos frecuencia en pacientes esquizofrénicos, esto no quiere decir que sean raras y son experimentadas a cualquier hora del día, solo les es posible liberarse de ellas mientras duermen, cuando estas se presentan por lo general son muy claras y cercanas. Las alucinaciones visuales nunca se presentan aisladas siempre vienen acompañadas de algún otro tipo de alucinación.

El **pensamiento desorganizado** según American Psychiatric Association (2002) ha sido considerado por algunos autores como una de las características simples más importantes de la esquizofrenia, debido a la dificultad que se presenta para su definición y puesto que los procesos de pensamiento se distinguen a través del lenguaje se destaca la aparición de un lenguaje desorganizado. El lenguaje desorganizado en este tipo de pacientes puede presentar diversas maneras de desorganización, el usuario puede “perder el hilo” es decir saltar de un tema a otro, “descarrilamiento” es decir puede responder a una pregunta con algo que no tiene relación, y en ocasiones el lenguaje puede estar tan desorganizado que no es posible entender “ensalada de palabras”.

El **comportamiento gravemente desorganizado** puede presentarse de diferentes maneras como lo son comportamientos infantiles hasta la agitación impredecible, estas actitudes son observables en tareas diarias del individuo que se ven alteradas, como vestirse de manera inapropiada, tener conductas sexuales exageradas, una agitación impredecible e inmotivada y cuidando de no aplicar este criterio con demasiada amplitud ya que puede existir una motivación comprensible.

Los **comportamientos motores catatónicos** incluyen una importante disminución de la reactividad al entorno, que en algunas ocasiones logra alcanzar un grado extremo de

falta de atención manteniendo una postura rígida y resistiendo a la fuerza ejercida para ser movido, resistencia activa a las órdenes de ser movido, asumir posturas extrañas o inapropiadas o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador de la misma. Aunque este síntoma ha sido característico de la esquizofrenia el clínico debe tener en cuenta que los síntomas catatónicos no son específicos y pueden ocurrir en otros trastornos mentales.

Los **síntomas negativos** constituyen una parte esencial de la morbilidad que se asocia con este trastorno, existen tres síntomas que se incluyen dentro de la definición de esquizofrenia, es decir son parte fundamental de éste trastorno (aplanamiento afectivo, alogia y abulia), todos los demás están considerados según la American Psychiatric Association (2002) en “síntomas y trastornos asociados”.

A pesar de su fácil ubicación en la esquizofrenia, los síntomas negativos pueden ser difíciles de evaluar porque ocurren en continuidad con la normalidad, son relativamente inespecíficos y pueden ser debidos a varios otros factores, como consecuencia de síntomas positivos, efectos secundarios de la medicación, depresión, hipoestimulación ambiental o desmoralización. Si se piensa en un síntoma negativo es claramente atribuible a cualquiera de estos factores, no debería considerarse a la hora de establecer un diagnóstico de esquizofrenia.

La distinción entre los síntomas negativos verdaderos y los efectos secundarios de la medicación dependen del juicio clínico que toma en consideración la naturaleza y el tipo de medicamentos anti psicóticos.

Según la American Psychiatric Association (2002) para hacer el diagnóstico de esquizofrenia se deben cubrir ciertos criterios que permiten una rápida identificación y al mismo tiempo descartar padecimientos que pueden lucir similares pero que presentan un origen o características que lo hacen distinto.

Dentro del DSM-IV- TR se divide en cinco criterios diagnósticos que están separados de acuerdo a diferentes características como son:

- A. *Síntomas característicos*: Este criterio se mide de acuerdo a los síntomas presentados por el paciente y deben ser dos o más de los siguientes: 1) ideas delirantes, 2) alucinaciones, 3) Lenguaje desorganizado, 4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, 5) Síntomas negativos.

Cada uno de los síntomas deben haber estado presentes durante un periodo de por lo menos un mes o menos si ha sido sometido a tratamiento con éxito.

Sólo se requerirá un síntoma del criterio A, si las ideas delirantes presentadas son extrañas, o si consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, también si las alucinaciones indican que existen dos o más voces que conversan entre sí.

Kaplan & Sadock (1992) señalan que los síntomas de primer orden de Schneider incluyen el percibir los propios pensamientos en voz alta, alucinaciones de tipo auditivo que hacen comentarios sobre su propia conducta, experiencia de tener los pensamientos controlados, creencia de que los pensamientos de sí mismo también los poseen los demás, convicciones de tipo delirante y la experiencia de que sus propias acciones son objeto de influencia o control de factores externos.

- B. *Definición social /laboral*: Durante determinado tiempo significativo a partir de que se inició la alteración, una o más áreas que se consideran de importante actividad como lo son el trabajo, las reuniones interpersonales o el auto-cuidado, se encuentran claramente por debajo del nivel que se poseía antes de iniciar el trastorno y cuando el trastorno se presenta durante la niñez o la adolescencia existe dificultad para alcanzar el nivel de rendimiento que se espera comúnmente en ámbitos académicos, interpersonales y laborales.

MackINNON & Michels (1988) menciona que, a menudo sus conocidos tienden a responder con conductas evasivas y de esa manera aumentan su aislamiento y soledad; cuando llega a desarrollar una amistad es regularmente que es igualmente solitaria o que decide aprovecharse de su condición y explotarlo.

El enfermo se desentiendo por completo de las limitaciones de la realidad, (pensamiento autístico), por lo que habla partiendo de su creencia de que las personas saben a qué se refiere, es decir, que están enteradas de los antecedentes de lo que está hablando, cuando en realidad no es así. Es un pensamiento no funcional para la comunicación por lo tanto, sólo funciona para el paciente mismo.

- C. *Duración*: Hace referencia al tiempo en el que se mantienen los signos continuos de la alteración y será de por lo menos seis meses, este periodo de tiempo debe incluir al menos un mes de los síntomas del criterio A anteriormente mencionados o menos si el tratamiento se desarrolla con éxito y puede también incluir los periodos de síntomas prodrómicos o residuales, los signos de alteración pueden solo manifestarse por síntomas negativos o por dos o más de el criterio A en forma atenuada.
- D. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo*: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos puede ser descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, o maniaco o mixto recurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.

- E. *Exclusión del consumo de sustancias y de enfermedad médica*: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.
- F. *Relación con un trastorno generalizado del desarrollo*: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes (o menos si se es tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la aparición de síntomas psicóticos destacados): *especificar también si: con síntomas negativos acusados.*

Episódico sin síntomas residuales interepisódicos

Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del periodo de observación); *especificar también si: con síntomas negativos acusados*

Episodio único en remisión parcial; *especificar también si; con síntomas negativos acusados*

Episodio único en remisión total

Otro patrón no especificado

Menos de un año desde del inicio de los primeros síntomas de fase activa.

1.2.2.1 Fases de la esquizofrenia

Existen diferentes fases dentro de la esquizofrenia, en las cuales el usuario sufre enormemente (fase aguda), y otras fases donde los síntomas sólo representan problemas leves. La duración de estas fases no es la misma para cada uno de los usuarios y va a depender de diversos factores.

- Fase prodrómica: Esta fase puede ser notable o no en el paciente, para él o los demás. Sus manifestaciones son sutiles y pueden variar entre días o años. Se caracterizan por aislamiento social, cambios en su conducta o en la respuesta emocional a estímulo.
- Fase aguda: En ésta fase se notan varios síntomas psicóticos. Habitualmente requiere medicación y/o hospitalización. Cuando esta fase aparece más de una vez en el transcurso de la enfermedad se habla de fase de Reagudización.
- **Fase de Continuación:** En este periodo, que su duración puede ser de seis meses, desde el comienzo o brote de la enfermedad, se produce el decremento en gravedad de los síntomas.
- Fase de estabilización: Durante esta fase los usuarios no presentan ningún síntoma, o solo presentan síntomas tales como: tensión, irritabilidad, depresión, síntomas negativos y de deterioro cognitivo.

1.2.3 Subtipos de esquizofrenia

American Psychiatric Association (2000) hace una división entre los diversos tipos de esquizofrenia, cabe destacar que cuando el clínico tiene que hacer el diagnóstico para decidir si un individuo o no cubre con los requerimientos para ser ingresado, el subtipo de esquizofrenia puede resultar variable o cambiar con el tiempo.

Los subtipos que marca la American Psychiatric Association (2002) a través del (DSM-IV-TR) son:

- ❖ F20.0X Tipo paranoide (295.30)
- ❖ F20.1x Tipo desorganizado (295.10)

- ❖ F20.2x Tipo catatónico (295.20)
- ❖ F20.3x Tipo indiferenciado (295.90)
- ❖ F20.5x Tipo residual (295.60)

1.2.4 Esquizofrenia paranoide

American Psychiatric Association (2002) señala que la principal característica de la Esquizofrenia paranoide reside en la presencia de ideas delirantes claras o alucinaciones auditivas, en el contexto de una relativa conservación de la capacidad cognoscitiva y de los afectos; síntomas como lenguaje y comportamiento desorganizado no son comunes.

Las ideas delirantes que se presentan principalmente son de grandeza y persecución o ambas, al mismo tiempo que también es posible que se presenten ideas delirantes con otra temática como lo son religiosas, celotípicas, o de somatización. Al mismo tiempo las ideas delirantes pueden ser variadas en cuanto a su contenido delirante pero normalmente están organizadas alrededor de un tema en específico y en ocasiones coherente.

Los temas relacionados con sus ideas de persecución pueden predisponer al sujeto hacia intentos suicidas o conductas violentas.

Por lo regular, los sujetos que presentan este tipo de esquizofrenia muestran un deterioro mínimo o nulo en las pruebas neuropsicologicas y test de tipo cognoscitivo; algunos datos señalan que el pronóstico para el tipo paranoide puede considerarse mejor que para los otros tipos de esquizofrenia.

La esquizofrenia paranoide según Kaplan & Sadock (1992) se caracteriza principalmente por los delirios de persecución o grandeza. Los esquizofrénicos paranoides son en general de mayor edad al momento de presentar el primer brote que los catatónicos y desorganizados.

Por lo regular son pacientes que se han encontrado bien hasta cierta etapa de su vida, es decir logran hacer una vida, han establecido una identidad y un lugar en su comunidad.

El paciente paranoico se encuentra tenso, suspicaz, en guardia y reservado; suelen ser personas que se comportan muy bien estando en relación con la sociedad y su inteligencia en áreas que no han sido invadidas por las convicciones delirantes sigue siendo muy alta.

Kolb y Brodie (2001) refieren que con frecuencia la personalidad prepsicótica del esquizofrénico paranoide está caracterizada por una inadecuada armonía interpersonal. A menudo el paciente es frío, aislado, desconfiado y resentido con otras personas, con continuas ideas de referencia, muchos suelen ser amenazadores, adoptan una actitud en la que miran sobre su hombro y son en ocasiones despreciativos, sarcásticos y retadores; sus respuestas suelen ser engreídas y chistosas como si cubrieran una hostilidad que subyace en su respuesta.

Las expresiones verbales serán inapropiadas y en ocasiones con neologismos, el paciente suele referir que está sujeto a fuerzas mágicas vagas y sus explicaciones sobre las mismas suelen ser en extremo irracionales; la fantasía imaginativa obtiene características extremas pero tiene correspondencia con la realidad.

En algunos esquizofrénicos, se puede hacer una valoración en su grado de perturbación por su producción verbal.

MacKINNON & Michels (1988) señalan que, los estados paranoides son síndromes psicóticos funcionales en los cuales van a predominar los rasgos mientras la sintomatología de la esquizofrenia esté ausente.

La psicosis esquizofrenica paranoide normalmente inicia con un proceso gradual, el paciente se retrae del contacto emocional con las demás personas que forman parte de su vida y se enfoca en un estado de preocupación por sí mismo.

1.2.5 Psicodinamia de la esquizofrenia

Coderch (1991) señala que gran parte de los fenómenos presentados dentro de esta enfermedad son consecuencia del conflicto entre las instancias psíquicas y la distorsión de las funciones del yo como consecuencia de tales conflictos. El yo al estar abrumado por el nivel de ansiedad que maneja y haber sido desarrollado anormalmente, no es capaz de cumplir sus funciones de forma adecuada y adaptada de la realidad externa e interna, por lo que se ve en la necesidad de recurrir a mecanismos de defensa muy primitivos y deformadores de la realidad. Entre los factores que pueden explicar este mecanismo están los de naturaleza constitucional o hereditaria, tales como debilidad congénita del yo o la energía instintiva excepcionalmente fuerte. Por otro lado el insatisfactorio desarrollo del yo puede ser consecuencia de traumas precoces, carencias afectivas durante la primera infancia y experiencias nocivas en la relación madre- hijo.

A consecuencia de la ansiedad producida por los impulsos destructivos, el paciente tiene una especial necesidad de proteger a los objetos de su propia agresión, lo que produce una ruptura con ellos y con el mundo externo. Al mismo tiempo que la regresión se produce a nivel del ello y superyó.

El funcionamiento del súper yo se convierte en intenso e impulsivo, exhibiendo cualidades instintivas, tendencias al proceso primario y una asimilación del ello. Esto puede explicar las conductas de auto-observación, automutilación, fanatismo, condena moral y castigo, además de las ideas delirantes y alucinaciones con contenido de auto-observación y autocrítica.

Bosselman (1967) señala que es posible definir a la esquizofrenia como una psicosis que se manifiesta por una extrema regresión narcisista, con la sustitución de motivaciones autistas en vez de aquellas basadas en la realidad exterior.

En la esquizofrenia el rompimiento es esencialmente entre la personalidad con todos sus conflictos y el mundo externo. Tal separación permite la coexistencia de actitudes contradictorias, ya que el paciente va a negar la realidad que hace que estas actitudes le generen conflicto. Es a través de la negación que pueden operar en él simultáneamente impulsos opuestos, así, dentro de su psicosis permite que otros cuiden de él, pero al mismo tiempo es totalmente presa de su imaginación la cual interpreta como real y útil.

MackINNON & Michels (1988) refiere que la desorganización del pensamiento presentada por un paciente con esquizofrenia se debe a que esta lo que genera es borrar y confundir, lo que le sirve a él como un emergente cuando experimenta ansiedad.

Será una persona que abrigue sentimientos hostiles y de enojo que va a percibir como abrumadores, tales sentimientos según señalan MackINNON & Michels (1988), están relacionados con su conflicto acerca de la simbiosis y la individualización. El niño está inseguro acerca de sus límites y de su libertad de separarse de los demás, se puede sentir aterrorizado incluso cuando percibe ligeros sentimientos de enojo que desde su visión podrían destruir a su mundo exterior o a él mismo. Por lo tanto la persona con esquizofrenia estará ansiosa y con miedo de que sus sentimientos hostiles salgan y le permitan realmente destruir a otros.

Del mismo modo tiene la idea de sentirse inadecuado e impotente y lo compensa tratando de demostrar dominio sobre los otros y exagerando el poder que posee. Esta lucha por el poder va a constituir una constante necesidad de un sentido de identidad y de ser independiente en lugar de verse sumergido en la nada.

Cameron (1982) menciona cinco factores desencadenantes de la psicosis de tipo funcional.

- a) Pérdida o amenaza de pérdida de una fuente importante de gratificación.
- b) Brote de impulsos eróticos u hostiles.
- c) Incremento subitito de la culpa, sea consciente, preconscious o inconsciente.
- d) Pérdida o amenaza de pérdida de la seguridad básica.
- e) Reducción de la eficacia general del ego, en el sentido de la adaptación o la defensa. Estas condiciones fragilizan aún más al paciente y se corre el riesgo de que se desencadene la psicosis.

1.3 FAMILIA ESQUIZOFRENIZANTE

1.3.1 La familia

Stierlin (1979). Como es bien sabido, el hombre es un ser gregario, es decir no vive aislado; quienes lo han intentado, su destino ha sido la desintegración psicológica y finalmente la muerte física. Por lo tanto el ser humano aprendió que puede sobrevivir en grupos y el primer grupo al cual pertenece es la familia y es aquí dentro de la familia que el ser humano podrá cubrir sus requerimientos básicos, tanto de supervivencia como de desarrollo.

En la cultura occidental la familia nuclear se compone de dos adultos, hombre y mujer, que procrean hijos y viven bajo el mismo techo, comparten pobreza o riqueza, obligaciones y derechos y los adultos (pareja) mantienen relaciones sexuales socialmente aceptadas; en el seno de la pareja nacen y crecen los hijos, y la familia promueve el desarrollo o estancamiento de los mismos. Lo que los hijos observan en la relación de los padres va a ser fundamental para su salud mental o para su enfermedad psicológica. Una relación conyugal satisfactoria va a determinar el que una familia sea sana, de lo contrario, si la relación conyugal es disfuncional, será una familia patológica.

Según señala Ackerman (1984), la familia es la responsable básica del desarrollo y la experiencia, de realización y fracaso, de salud y enfermedad. Como se puede observar la familia constituye el sistema más importante para el desarrollo psicológico individual, la interacción emocional y el desarrollo de la autoestima.

Varios autores apoyan este punto de vista, además de agregar que la familia es el grupo donde se experimentan los sentimientos más intensos, las más profundas satisfacciones y las más dolorosas frustraciones.

1.3.2 Familia esquizofrenizante

Laing (1969) afirma que cada uno lleva a la familia internalizada, por lo tanto cuando se va a formar una familia nueva, ambos superponen a su familia, a este movimiento, Leing lo llamó "*nexificación*" de la familia y posteriormente se nombra como sistema abierto o cerrado y es precisamente en el tipo de familias del sistema cerrado donde se encuentra algún miembro con diagnóstico de esquizofrenia. Pero lo anterior no significa que esas familias causan esquizofrenia, si no que probablemente están en situaciones que hacen propenso el desarrollo de la misma.

Es importante también el ser objetivos y no juzgar a la familia psicotizante, sino comprender la situación por la que están pasando todos los que rodean a la psicosis del paciente enfermo.

1.3.3 El sistema familiar cerrado

Dentro de cada sistema familiar se encuentran características diversas, sin embargo se ha buscado la forma de englobarlas en un conjunto de características dependiendo del tipo de sistema, a continuación se presentan las pautas que caracterizan el sistema familiar cerrado.

Autoestima baja: con frecuencia el menor duda de sí mismo y busca constantemente apoyo en el exterior.

Comunicación indirecta: es confusa, incongruente e impide el desarrollo.

Normas: secretas, anticuadas, rígidas, inhumanas, existen restricciones con respecto a comentarios espontáneos.

Resultado: la familia vive en forma accidental, caótica, inapropiada y conduce este estilo de vida a la destructividad.

1.3.4 Simbiosis

Mahler (1972) señala que, tenemos como ejemplo de simbiosis humana de tipo predominantemente útil, la que tiene lugar entre la madre y el hijo. Los dos miembros de esta relación son imprescindibles entre sí, para la satisfacción de necesidades vitales; el hijo llena la necesidad de “mimar” de la madre, y la madre cubre la necesidad de ser mimado que tiene el hijo.

Cuando el niño es pequeño tal simbiosis es sana, porque una relación de este tipo no es un intercambio estático, ya que es capaz de transformarse, es algo que fomenta el crecimiento de los dos miembros. Lleva por ambos lados una autoconfirmación profunda cada vez más respetuosa y libre. Sirviendo los dos, a la individuación y autonomía relativa de ambos.

Por otro lado una simbiosis patológica es la estática, la cual puede ser definida como una recíproca esclavitud donde ninguno de los dos elementos que componen la simbiosis pueden vivir libremente, no crecen, se estancan en todos los niveles o áreas de la personalidad, sufren con la cercanía del socio simbiótico y sufren aún más con la lejanía del mismo y es una relación que se prolonga demasiado tiempo, a diferencia de la simbiosis sana que es temporal.

Los miembros de una relación simbiótica estática forman un sistema cerrado, que se perpetúa y se petrifica.

Las interacciones patológicas entre los padres y los hijos, principalmente con la madre o con quien haga las funciones de una madre, en época temprana, son determinantes para una buena, adecuada o inadecuada adaptación a la sociedad, al mundo externo, y

consigo mismo; por lo que la situación típica en la que se va gestando una patología en la que puede haber una posterior retirada social, que puede desencadenar en una esquizofrenia, es aquella en la que la realidad está determinada a los ojos del niño pequeño, exclusivamente por el padre o la madre.

La madre necesita frecuentemente de su hijo como medio de autojustificación, por razón de su propia patología, por lo cual somete a su hijo a presión, a fin de que viva la realidad y la interpreta tal y como ella quiere que sea; esta situación también se aplica a los sentimientos y motivaciones que integran la realidad psicosocial interna.

Con respecto a la forma peculiar de percibir las cosas e interpretarlas, Mahler (1972) señala que, para el niño es importante interpretar que las reacciones de la madre están basadas sola y únicamente en el amor. En un sistema cerrado, una madre esquizofrenizante, tiene una forma peculiar de percibir las cosas e interpretarlas, tiene ansias desesperadas de autoconfirmación, haciendo del niño un objeto de sus angustiosos cuidados tiránicos, sin embargo, aunque utilice al niño como instrumento de satisfacción de sus propias necesidades eróticas, de prestigio, de amamantar y mimar, este lo acepta e interpreta como amor.

Con esta conducta la madre logra poner al niño en el dilema de aceptar la mutilada definición de realidad que le introduce su madre por la fuerza, o bien de perder su protección.

Esta situación también plantea la probabilidad de que dentro del hijo se de una colisión entre esta realidad dirigida por su madre o su familia y la otra realidad, la realidad "normal" o realidad externa que domina el contexto sociocultural.

El hijo tendrá que enfrentarse con el hecho abrumador de tener que vivir, equipado únicamente con la realidad suministrada por la madre en un mundo en el que la mayor parte de las personas restantes actúan, sienten y juegan de modo distinto a como lo hacía su madre y su familia.

La experiencia con pacientes esquizofrénicos y con sus familiares, enseña que sus relaciones formativas no sólo están perturbadas en el sentido de un distanciamiento excesivo entre ellos, sino que, aunque pocas veces, se da también un acercamiento exagerado, en extremo exigente, y no raramente, una oscilación entre un distanciamiento y una aproximación desmesurados.

Todas estas perturbaciones parecen conducir a un desarrollo súper especializado y unilateral del aparato psíquico, de defensa, que lleva al niño a una enfermedad mental que suele ser la psicosis.

1.4 ESTABLECIMIENTO DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El agrupar síntomas psicológicos de acuerdo con la función en que se asientan, puede resultar hasta cierto punto un tanto alejado de la realidad con la que se hace frente en el enfermo psíquico, al mismo tiempo si no se dispone de un esquema claro y eficiente previo, será complicado llegar a un diagnóstico preciso y hará que los síntomas se presenten de forma inteligible, dando como consecuencia que se dejen de lado detalles importantes y se confunda lo fundamental con lo secundario.

Coderch (1991) Menciona que es necesario establecer criterios diagnósticos que permitan una diferenciación clara acerca de los síntomas presentados por el paciente y de esta forma lograr un diagnóstico acertado, de manera que no se preste a una confusión.

Las manifestaciones clínicas de los trastornos psíquicos son el resultado de la interacción compleja de fuerzas biológicas, psicológicas y socioculturales y la expresión de un fallo en el proceso de adaptación. Desde el punto de vista psicodinámico, se entiende por adaptación a la serie de cambios que se presentan en un individuo con la finalidad de alcanzar determinados objetivos en proporción a la satisfacción de sus necesidades personales y a las realidades del medio ambiente. Las incongruencias de este proceso dan como consecuencia alteraciones de las distintas funciones psíquicas.

Tal parece que no hay duda al considerar que la psiquiatría es “un conjunto de conocimientos, técnicas y métodos” que se integran y unifican entre sí con el objetivo de estudiar y clasificar los trastornos psíquicos, para entender su origen y las causas de los mismos. Lo anterior nos enfrenta con el problema de diferenciar de manera precisa lo que se entiende como normal y anormal en el campo de la vida psíquica.

En esencia, se puede decir que la mayor parte de los autores que se encargan de diferenciar entre lo normal y lo anormal, tienen como propósito en la actualidad “fijar criterios de normalidad”. Y a partir de un mecanismo de exclusión se considera como patológico “todo aquello que se encuentre fuera de la zona considerada como normalidad”.

Kaplan y Sadock (1989) señalan que la clasificación de los criterios diagnósticos es un proceso con el cual se reduce la complejidad de los fenómenos acomodándolos en categorías según los criterios establecidos para uno o más fines.

Esta clasificación tiene por objeto la comunicación, es decir aquella que permite a los profesionales comunicarse entre sí, en relación a los trastornos que tratan. También toma en cuenta el control ya que de esta manera se posee la capacidad de prevenir o modificar el curso que se está llevando en un diagnóstico o tratamiento. Por último es importante la comprensión ya que permite entender de manera clara las causas de los trastornos mentales.

La Organización Mundial de la Salud (1993) menciona que los criterios diagnósticos publicados para la investigación, están a propósito, llenos de restricciones para que los síntomas y otras características se presenten de forma clara y definida, lo anterior, “tiene como finalidad aumentar la probabilidad de obtener grupos homogéneos de pacientes y al mismo tiempo limita que se lleve a cabo una generalización”.

La American Psychiatric Association (2002) dice que utilizar códigos diagnósticos es fundamental para poder reunir la información médica suficiente y facilitar la selección de datos. Es frecuente también que se requieran de códigos que permitan la comunicación de los datos diagnósticos a terceras partes que estén interesadas, incluyendo instituciones de gobierno y la Organización Mundial de la Salud (ONU).

Compas y Gotlib (2003) refieren que existen dos sistemas principales para clasificar la psicopatología en todo el mundo el “*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* y la *Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición (CIE-10)*. Estos dos manuales sirven como base para realizar un diagnóstico en cualquier parte del mundo, debido a que los criterios establecidos en estos manuales son los mismos y tienen la misma codificación.

American Psychiatric Association (2000) asegura que la mayor parte de los trastornos del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) poseen dos códigos, debido a que en Europa se utiliza la clasificación Internacional de enfermedades, décima revisión (CIE-10), al mismo tiempo en Estados Unidos el sistema de codificación oficial es el de la clasificación Internacional de enfermedades, novena revisión, modificación clínica (CIE-9-MC).

1.4.1 Diagnóstico multiaxial

Compas y Gotlib (2003) afirman que el DSM-IV es un sistema de clasificación multiaxial, el cual cuenta con cinco dimensiones amplias, llamados también ejes de diagnóstico en los cuales es posible clasificar la conducta y funcionamiento actual del individuo, tales dimensiones hacen referencia a diversos aspectos de los individuos, su conducta y situación vital. Dos ejes se interesan en la categoría de diagnóstico, mientras que los tres ejes restantes permiten la recopilación de datos relevantes acerca del individuo. El utilizar cinco ejes dentro del DSM-IV refleja el reconocimiento de que una visión amplia de la vida de la persona, lo que permite tomar decisiones con mayor eficacia acerca del tratamiento de lo que resultaría de un solo diagnóstico.

La American Psychiatric Association (2000) señalan que un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, de los cuales a cada uno le concierne un área distinta de información, que permite al clínico tener un mayor planteamiento del tratamiento y un diagnóstico. En la clasificación multiaxial se incluyen cinco ejes, a saber.

- I. Trastornos clínicos
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
- II. Trastornos de personalidad
Retraso mental
- III. Enfermedades médicas
- IV. Problemas psicosociales y ambientales
- V. Evaluación de la actividad global.

El uso del diagnóstico multiaxial permite una evaluación completa y sistemática de los diversos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad que podrían pasar inadvertidos si el objetivo de la evaluación se centra en el simple problema como motivo de consulta.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

2.1 Enfoque

El presente proyecto de investigación, carecerá de hipótesis, ya que se llevará a cabo mediante un **enfoque mixto predominantemente cualitativo**.

2.1.1 Enfoque mixto

El enfoque mixto es conocido como define Gubba y Lincoln (2000) “el cruce de los enfoques”.

Según Teddlie y Tashakkori (2003), el enfoque mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento de problemáticas.

Se usan métodos de los enfoques cuantitativo y cualitativo y pueden involucrar la convención de datos cuantitativos en cualitativos y viceversa; utilizando así los dos enfoques para responder distintas preguntas de investigación de un planteamiento de problema.

Las ventajas de este enfoque según Tood, Nerlichh y MC Keown (2004) son:

1. Lograr una perspectiva más precisa del fenómeno, mostrando una percepción más integral, completa y holística. Además el empleo de ambas metodologías incrementa la confianza en que éstos son una representación fiel, genuina y fidedigna de lo que ocurre con el fenómeno estudiado, ya que la investigación se sustenta en las fortalezas de cada método y no en sus debilidades potenciales. Por otro lado Creswell (2005) señala que los diseños mixtos logran obtener mayor variedad de perspectivas del problema.

Como son: frecuencia, amplitud, magnitud, profundidad, complejidad, generalización y comprensión.

2. El enfoque mixto ayuda a clarificar y formular el planteamiento del problema, así como las formas más apropiadas para estudiar y teorizar los problemas de la investigación.
3. La multiplicidad de observaciones produce datos más ricos y variados ya que se consideran diversas fuentes y tipos de datos, contextos o ambientes para el análisis.
4. En el enfoque mixto se potencian la creatividad teórica con suficientes procedimientos críticos de valoración.
5. El enfoque mixto corresponde a una herramienta para logra explicar los fenómenos tan complejos que existen en la actualidad.
6. Al combinar métodos aumentamos no solo la posibilidad de ampliar las dimensiones de nuestro proyecto de investigación sino que el entendimiento es mayor y más rápido.
7. Los métodos mixtos pueden apoyar con mayor solidez las inferencias científicas.
8. Los métodos mixtos logran que exploremos y explotemos mejor los datos.
9. Son útiles para presentar resultados a una audiencia hostil.

Así se concluye que un método mixto es igual a mayor amplitud, profundidad, diversidad, riqueza interpretativa y sentido de entendimiento.

2.1.1.1 Enfoque cualitativo

En el enfoque cualitativo, el diseño se refiere al abordaje general que habrá de utilizarse durante el proceso de investigación, Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, mencionan que, Alvarez-Gayou (2003) lo denomina como marco interpretativo.

De igual forma la muestra, la recolección de datos y el análisis, van surgiendo desde el planteamiento del problema hasta la inmersión inicial y el trabajo de campo, es por demás reconocer que se sufrirán cambios a lo largo de la investigación, aún cuando se considere que lo que se modifica es más bien, la manera en que se enfoca el objeto de interés, esto, debido a que es necesario ir haciendo delimitaciones a lo largo del proceso que permitirán claridad en el documento.

2.1.1.2 Enfoque cuantitativo

Por otro lado el enfoque cuantitativo dice Hernández (2008) que usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones del comportamiento.

En lo que refiere al estudio descriptivo encontramos que buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, es decir miden, evaluar recolectar datos acerca de diversos conceptos, aspectos, dimensiones o cuestiones y se mide o recolecta información sobre una de ellas.

2.1.1 Tipo de alcance

El tipo de alcance será descriptivo, del cual Balestri Acuña (1997) señala que, el alcance descriptivo parte del hecho de una cierta realidad que resulta insuficientemente conocida, y que al mismo tiempo es interesante, va a tener por objetivo central el proveer un buen registro de los tipos de hechos que tienen lugar dentro de la realidad antes mencionada y que la van a definir o caracterizar sistemáticamente. Sus operaciones típicas van a estar basadas o estandarizadas en las observaciones, clasificaciones, definiciones y comparaciones.

2.1.2 Tipo de estudio

Estudio de caso: El estudio de caso es un método de investigación que tiene origen en la investigación de tipo médica y psicológica, Stake, R.E (1995) señala que es una investigación procesual, sistemática y profunda de un caso en concreto.

Bonilla (2000) señala que, el estudio de caso puede resultar de una opción que se adapta a las necesidades que se busca cubrir cuando solo se trabaja con casos a

profundidad, ya que permite al investigador obtener datos ricos en detalles y que pueden crear un descripción vívida de la situación por la que pasa el sujeto.

Observación directa: sirve para recolectar la información, donde el investigador debe observar su objeto de investigación y si es posible interactuar con él, de manera que después pueda hacer un reporte e interpretación de lo observado.

American Psychiatric Association (2000)

2.2 Objetivo general

Explorar la profundidad a la que puede llegar el psicodiagnóstico de un caso de esquizofrenia de tipo paranoide, en un ambiente hospitalario.

2.2.1 Objetivos particulares

- 1) Encontrar un caso que sea susceptible al tema de interés de estudio y que reúna lo implicado, de acuerdo al DSM-IV-TR
- 2) Realizar una valoración psicodiagnóstica que permita la recopilación de la información.
- 3) Identificar síntomas y patrones específicos de conducta del esquizofrénico.
- 4) Analizar el papel de la familia en la vida del usuario durante el transcurso de la enfermedad.
- 5) Analizar la relación del vínculo materno filial con la vida del sujeto y en el transcurso de la enfermedad.
- 6) Analizar la forma en que se ha relacionado el sujeto con sus parejas sentimentales.

7) Analizar cómo se han llevado a cabo sus relaciones sociales/laborales dentro de la vida del usuario.

2.3 Planteamiento del problema

Dentro del ambiente hospitalario, es bien sabido que el médico es quien tiene la última palabra en relación al diagnóstico de los pacientes. En el caso de los pacientes psiquiátricos se desarrolla de la misma manera.

Es así que es de gran interés identificar si la labor de la psicología dentro del ambiente hospitalario, a través del psicodiagnóstico, es determinante para establecer un diagnóstico claro en un hombre de 25 años de edad con esquizofrenia paranoide.

2.3.1 Preguntas de investigación

- 1) ¿El paciente cubrirá los criterios necesarios para establecer un diagnóstico de esquizofrenia paranoide?
- 2) ¿Cuáles son las características de este caso?
- 3) ¿Qué relación ha tenido la familia con el surgimiento y la evolución de su padecimiento?
- 4) ¿Tiene relación con el padecimiento la historia personal de los padres?
- 5) ¿Cuál era el comportamiento de la madre durante los primeros meses de vida del paciente?
- 6) ¿La madre fue ambivalente, ausente y desvinculada con su hijo desde el nacimiento?
- 7) ¿Estar sometido a factores de estrés laboral pueden colaborar en la aparición de un brote psicótico?
- 8) Las alucinaciones e ideas delirantes ¿tienen relación con la historia de vida del paciente?

9) ¿El rompimiento con una pareja, puede ser un factor que estimule la aparición de un brote psicótico?

2.4 Supuestos teóricos

1) La esquizofrenia es un padecimiento que debe cubrir los criterios que marca el DSM-IV-TR para poder ser diagnosticada como tal.

2) A través del psicodiagnóstico se puede establecer el diagnóstico de esquizofrenia paranoide

3) Detrás del diagnóstico de esquizofrenia paranoide existen cuestiones psicodinámicas.

2.5 Ejes temáticos

1. **Esquizofrenia:** Una alteración que persiste, durante por lo menos seis meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa, por ejemplo dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos (American Psychiatric Association, 2002).

2. **Psicodiagnóstico:** Para realizar esta investigación, se hizo uso del psicodiagnóstico, el cual etimológicamente, se refiere a “conocimiento diferencial de la psique”.

Fernández (1997) menciona que es el estudio del comportamiento de un sujeto a niveles de complejidad necesarios, con objetivos que guían la evaluación de carácter aplicado y de investigación, desde los modelos teóricos proporcionados por la

psicología y con la finalidad última de tomar decisiones en relación al sujeto objeto de estudio.

3. Medio hospitalario: Está relacionado principalmente con las jerarquías que existen dentro de un hospital de salud mental, donde el diagnóstico es elaborado por el médico psiquiatra, sin embargo el tratamiento se maneja de manera integral, tomando en cuenta a médicos, psicólogos, trabajadoras sociales, enfermeras, entre otras.

De manera que el plan de trabajo parte de la percepción que presenta únicamente el médico, dejando de lado datos que se consideran importantes dentro de ramas como la psicología y que al mismo tiempo son considerados importantes para realizar un diagnóstico.

2.6 Técnicas de recolección de datos

2.6.1 Como parte de esta investigación se recurrió al uso de la **Historia Clínica Psiquiátrica (formato meninger):**

Díaz Portillo (1998) señala que, el primer instrumento para el análisis de casos es el Formato de Entrevista de donde describe la Historia Clínica según el esquema de Menninger.

Se eligió este formato debido a que se considera es el más adecuado, ya que hace una revisión profunda; para esta investigación se tomaron en cuenta los siguientes apartados:

- I) Ficha de identificación
 - Nombre
 - Edad
 - Fecha de nacimiento
 - Sexo
 - Estado civil

- Ocupación
 - Escolaridad
 - Lugar de nacimiento
 - Lugar de residencia
 - Religión
 - Fecha de la entrevista
 - Fuente y fidelidad de la entrevista
- II) Motivo de consulta
 - III) Padecimiento o problema actual
 - IV) Área familiar
 - V) Datos evolutivos
 - VI) Adolescencia
 - VII) Área escolar
 - VIII) Área laboral
 - IX) Relaciones interpersonales
 - X) Área sexual
 - XI) Vida marital
 - XII) Farmacodependencia
 - XIII) Comportamiento antisocial
 - XIV) Examen mental
 - XV) Diagnóstico nosológico principal

2.6.2 Técnicas proyectivas

Ballesteros (1983) señala que, las técnicas proyectivas, son técnicas que ayudan a recopilar información y han sido utilizadas principalmente en el ámbito psicodinámico, mismo que las respalda. En un principio se desarrollaron con el objetivo de analizar el contenido inconsciente del sujeto.

Son aquellos instrumentos considerados especialmente sensibles para rebelar aspectos inconscientes de la conducta, los cuales permitirán provocar una variedad de respuestas subjetivas. “En estas técnicas todas las respuestas son válidas, no existen respuestas óptimas” (Ballesteros, 1983).

Para que sea posible aplicar cualquier tipo de prueba o test psicológico es necesario establecer un determinado grado de rapport, teniendo como finalidad lograr mayor información acerca del sujeto.

Hammer (2007) menciona que, la entrevista proyectiva se diferencia solamente porque se utiliza un estímulo estándar para provocar las proyecciones del sujeto.

Existen diferentes tipos de pruebas y es necesario en ocasiones aplicar más de una en el mismo sujeto ya que una sola no es suficiente para lograr obtener totalmente la información debido al desarrollo biológico, psicológico y social del individuo.

2.6.2.1 Test Gestáltico visomotor (Bender)

Se construyó entre los años de 1932 y 1938, por Lauretta Bender, el cual tenía por objetivo el medir la madurez en la percepción viso-motora, así como poder diagnosticar los desórdenes cerebrales orgánicos, deficiencia mental, psicosis y neurosis en niños y adultos.

Bender (2002) marca que, el test clínico de Bender consiste solamente, en solicitarle al individuo que copie nueve figuras dadas y en analizar y evaluar a través de reproducciones así obtenidas cómo ha estructurado el individuo esos estímulos perceptuales.

A pesar de su definición como tal de test-gestalt, el B.G (Bender gestáltico) suele utilizarse como un test proyectivo, en este caso se emplea la técnica de asociación libre sobre las figuras dibujadas y otros procedimientos que son semejantes.

Demostó tener un considerable valor en la exploración del desarrollo de la inteligencia infantil y en el diagnóstico de diferentes síndromes clínicos de deficiencia mental, afasia, desórdenes cerebrales orgánicos, psicosis mayores, simulación de enfermedades y psiconeurosis tanto en niños como en adultos.

Bender (2002) señala que:

En el exámen de la patología mental en adultos. El test es susceptible de diferenciar:

- a) Retrasos globales de maduración
- b) Incapacidades verbales específicas
- c) Fenómenos de disociación que perturban el conjunto de la personalidad.
- d) Desórdenes de la impulsión (obsesión y compulsión en niños entre 4 y 12 años)
- e) Desórdenes perceptuales
- f) Desórdenes confusionales

Consigna: “Tengo aquí nueve tarjetas con dibujos para que los copies lo más parecido que puedas”. No hay tiempo límite y su aplicación es de forma individual.

2.6.2.2 HTP (house- tree-person)

Este test se ha utilizado desde los años 30's , diversos autores lo consideran igual de efectivo que el test de Rorschach en el tema de investigar los recursos internos psicológicos de la mente humana, tales como los impulsos inaceptables, denegados y reprimidos.

Hammer (2007) menciona que, el principal interés del clínico en los dibujos de la casa, del árbol y de la persona, consiste en la posibilidad de prestar atención a la imagen interna que el examinado tiene de sí mismo y de su ambiente; qué cosas considera importantes, cuáles destaca y cuáles desecha.

Los tres elementos que se solicita se dibujen, son conceptos conocidos en alrededor de todo el mundo, ya que son considerados símbolos comunes en cualquier cultura, por lo anterior fueron elegidos para ser evaluados y representan grandes simbolismos, íntimamente relacionados con las experiencias emocionales e idealizaciones ligadas al desarrollo de la personalidad.

Consigna:

Hammer (2007) señala que:

Para su administración se le pide al sujeto que dibuje lo mejor que pueda; una casa, un árbol y una persona, el orden de presentación siempre es el mismo, esto permite una introducción gradual a la tarea gráfica, pues así se conoce al examinado en entidades que psicológicamente presenta mayores dificultades de ejecución.

Elementos constitutivos

- **Casa:** Examina; 1) La imagen de sí mismo, tomando en cuenta los elementos correspondientes: área de fantasía (representado por el techo), el yo (fortaleza de las paredes), contacto con la realidad (línea del suelo), accesibilidad (puertas) y el predominio oral, anal y fálico. B) Por otro lado examina también la situación familiar, en pasado, presente y futuro.
- **Árbol:** Representa; 1) La sensación de la persona acerca de su poder básico y de su fortaleza interna, “la fuerza del yo” (representada por el tronco). B) La capacidad que considera que posee el individuo para obtener satisfacciones del

medio, penetrando en un nivel más inconsciente a través de las ramas. C) La organización total del dibujo revela cómo siente el individuo su equilibrio interpersonal.

- **Persona:** Esta puede originar tres tipos de temas: autoretrato, ideal del yo y la representación de personas significativas para el sujeto.

Portuondo Espinosa y Juan Anton (2009) citan a Karen Machover y señalan que, la figura dibujada es, en cierto modo una proyección de la propia personalidad y del papel que ésta desempeña en su medio, todo esto se liga a sus impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de su personalidad.

2.6.2.3 Test de la figura humana de Karen Machover

Hammer (2007) refiere que, este test dentro de la experiencia clínica, ha sido considerado como uno de los mejores instrumentos para la evaluación de la personalidad total. A pesar de no ser un instrumento con una validación experimental, pocas veces permite una manifestación inequívoca y a menudo desorienta al incauto, al ingenuo, al descuidado y al impulsivo.

Como se señaló anteriormente, es de cierta manera, una proyección de la propia personalidad y del papel que ésta desempeña en su medio.

Análisis del dibujo

Se evalúan diversas características A) secuencia de la figura, qué dibuja primero identificación con su propio sexo (hombre o mujer). B) descripción de la figura (características expresivas de la personalidad). C) Comparación de las figuras (actitudes psicosexuales). D) Tamaño (relación dinámica entre el individuo y su ambiente). E) Movimiento (fuertes impulsos hacia actividades motoras). F) Distorsiones y omisiones (conflictos relacionados con la parte omitida).

Consigna: Por favor dibuje una persona, a partir de esta orden se lanzarán muchas preguntas al aire, a lo que el examinador contestará “dibuje lo que prefiera, como prefiera”. Después de haber aplicado la primera figura, se da la indicación señalando el sexo de la primera figura, “esta es la figura masculina, ahora dibuje una figura femenina”.

2.6.2.4 Test del árbol

Stora (1980) señala que, el mérito de haber encarado por primera vez un sondeo de la personalidad a través del dibujo de árboles, le corresponde al suizo Emile Jucker, consejero de orientación profesional.

Schliebe según señala Stora (1980) distingue tres etapas de expresión gráfica.

- **Simbolismo motor** (4 y 7 años) Lo expresivo no es el dibujo en sí, si no la manera en que dibuja el niño.
- **Representación concreta de la situación** en esta parte aparecen rasgos que expresen, según el caso, la dicha, terror o cicatricez en caso de un árbol herido.
- **Expresión pura** esta fase aparece en la pubertad y predomina la preocupación por la forma.
-

A partir de estas tres etapas se inauguró una manera original de relacionar el dibujo con la personalidad.

A diferencia de Emile Jucker, Charles Koch propone utilizar un método específico para la interpretación del dibujo del árbol.

El propósito del test del árbol ha sido el de alcanzar una mejor comprensión de la personalidad “sufriente” ya sea una personalidad psicótica, neurótica, límite o incluso orgánica.

Consigna: Por favor dibuje un árbol, cualquiera que sea, como le plazca, pero no un abeto. Este árbol se excluye porque su forma regular permite reproducir una especie de estereotipo.

El árbol representa la fuerza interna que puede tener el sujeto y como se percibe a sí mismo.

2.6.2.5 Test de la casa

Este test según señala Xandró (1999) no se aplica nunca como primera prueba, se aconseja su utilización para completar información que ya ha sido extraída por algún otro y otros tests.

La casa simboliza la personalidad y la intimidad, sin darse cuenta, al dibujar una casa, el individuo está expresando el concepto que tiene de sí mismo en determinados aspectos, en relación con las aspiraciones personales y el concepto de la intimidad en aspectos familiares y sociales.

Consigna: Por favor dibuje una casa espontáneamente, sin preocupaciones artísticas. La aplicación de esta prueba se puede hacer de manera individual o colectivamente, si es de manera colectiva se recomienda que no sean más de 12 sujetos.

2.6.2.6 Test del dibujo de la familia

Ibañez (1967) señala que, es posible fijar ciertos límites a la libre creación por medio de una indicación precisa y es así como se procede en el test del dibujo de la familia.

Maurice Porot, según señala Ibañez (1967), menciona que la simple observación y estudio detallado del dibujo permiten conocer sin que el sujeto lo advierta, los sentimientos reales que experimenta hacia los suyos y la situación en que se

experimenta hacia los suyos y la situación en que se coloca a sí mismo dentro de la familia; saber como es realmente su familia.

Se insiste en la composición de la familia tal como aparece en el dibujo, en la importancia de que ciertas personas pueden ser olvidadas. El dibujo realizado primeramente es normalmente el de más importancia ante los ojos del sujeto, son signos de valoración y minimización. Por último invita a considerar el lugar que el sujeto se atribuye dentro de la familia.

Consigna: Dibuja una familia, la familia que tú imagines.

Esta indicación permite que se tenga la oportunidad de detallarse cuanto se quiera y necesite.

2.6.4 MMPI-2

Lucio Gómez-Maqueo y León Guzmán (2003) mencionan que, se trata de un instrumento que ha pasado las pruebas **A) tiempo**, y por tanto de los avances del conocimiento sobre la psicología humana y su evaluación. Fue elaborado en 1939. **B) revisiones**, en 1982 la primera versión fue revisada en forma sustancial, se buscaba modernizar los reactivos e incluir nuevas escalas para evaluar problemas no incorporados en la primera versión, convirtiéndose así en MMPI-2. **C) cultura**, se ha empleado en muchos países del mundo. **D) transiciones sociales**, tales como la revolución sexual y roles de género, aún así la escala más controvertida ha servido de utilidad para descubrir las diferencias de lo que se espera de hombres y mujeres en diferentes culturas.

Las pruebas estructuradas de personalidad pretenden evaluar rasgos de personalidad: tipos de personalidad, estados de la personalidad y otros aspectos de autoestima.

El MMPI-2 es un inventario de papel y lápiz, por lo que su aplicación es relativamente sencilla, sin embargo, hay aspectos que deben considerarse para que los datos que se obtengan resulten válidos.

Entre los requisitos para que un sujeto conteste la prueba, están, tener entre 19 y 65 años, tener la habilidad de lectura de segundo año de secundaria, pues hay personas adultas que aunque no hayan terminado la secundaria, han perdido su habilidad de lectura, en ese caso es recomendable hacer una pequeña prueba de lectura, verificando que logre tener el nivel de lectura suficiente, de lo contrario la prueba no será válida.

Su forma de aplicación puede ser individual o colectiva, su duración puede variar entre 90 y 120 minutos.

En su última versión **MMPI-2**, se compone de 567 ítems dispuestos en 10 escalas clínicas, que exploran distintos aspectos de la personalidad, y en 3 escalas de validación, que señalan el grado de confiabilidad de las respuestas obtenidas. Si se quisieran evaluar sólo las escalas básicas, con los primeros 370 reactivos sería suficiente *pero* es conveniente realizarlo completo para poder valorar todas las escalas. En esta nueva versión, se introdujeron 150 ítems nuevos y se revisaron 82 antiguos.

- 3 Escalas clínicas o de Validez
 - L (Mentira)
 - F (Incoherencia) o Validez
 - K (Corrección) o Defensa

También se puede añadir la escala ? (Interrogación)

- 10 Escalas clínicas o Básicas
 - 1 Hs (Hipocondría)
 - 2 D (Depresión)
 - 3 Hi (Histeria)
 - 4 Dp (Desviación Psicopática)

- 5 MfV (Masculinidad-Feminidad: Varones)
- 5 MfM (Masculinidad-Feminidad: Mujeres)
- 6 Pa (Paranoia)
- 7 Pt (Psicastenia)
- 8 Es (Esquizofrenia)
- 9 Ma (Hipomanía)
- 0 Is (Introversión Social)
- 15 Escalas de Contenido
 - ANS (Ansiedad)
 - MIE (Miedos)
 - OBS (Obsesividad)
 - DEP (Depresión)
 - SAU (Preocupaciones por la salud)
 - DEL (Pensamiento extravagante)
 - ENJ (Hostilidad)
 - CIN (Cinismo)
 - PAS (Conductas antisociales)
 - PTA (Comportamiento tipo A)
 - BAE (Baja autoestima)
 - ISO (Malestar social)
 - FAM (Problemas familiares)
 - DTR (Interferencia laboral)
 - RTR (Indicadores negativos de tratamiento)
- 12 Escalas suplementarias.
 - A (Ansiedad)
 - R (Represión)
 - Fyo (Fuerza del yo)
 - A- MAC (Alcoholismo de MacAndrew)
 - HR (Hostilidad reprimida)
 - Do (Dominancia)

- Rs (Responsabilidad social)
- Dpr (Desajuste profesional)
- GM (Género masculino)
- GF (Género femenino)
- EPK (Desorden de estrés postraumático de Keane)
- EPS (Desorden de estrés postraumático de Schlenger)
- Is (Timidez /autoconcepto)
- Is2 (Evitación social)
- Is3 (Enajenación de sí mismo y de otros)
- PPA (Predisposición a problemas con las adicciones)
- RA (Reconocimiento de las adicciones)
- DM (Desadaptación matrimonial)

La prueba consiste en proporcionarle al sujeto una hoja de respuestas, en la cual, se le pide la llene con todos sus datos, después se hace una pequeña prueba en la que el sujeto responderá de la misma manera en que contestaría en la prueba, esto con la finalidad de verificar que haya entendido de manera clara las instrucciones y pueda contestar correctamente.

Una vez que se haya corroborado que la persona sabe como responder el inventario, se procede a la aplicación, se le proporciona a la persona el libro de preguntas para que las lea y vaya respondiendo según considere verdadero o falso.

Esta prueba está diseñada para ser aplicada en una sola sesión, de no ser posible, lo más recomendable es detenerla justo a la mitad y continuarla en la próxima sesión, pero no es recomendable que pase mucho tiempo entre cada una de las sesiones.

2.6.5 Test de matrices progresivas J.C Raven

Fue creado en el año de 1936 por el psicólogo inglés J.C Raven, siendo la escala en blanco y negro para adultos la primera en aparecer y es considerado como un de los más famosos tests para la medición del coeficiente intelectual, es un test que no requiere de que la persona tenga un nivel de conocimientos muy elevado o incluso puede aplicarse a personas que no saben leer.

Raven (2005) señala que, se trata de un test no verbal, donde el sujeto describe las piezas faltantes en una serie de láminas que han sido impresas previamente.

El objetivo de este test es que el sujeto utilice habilidades perceptuales, de observación y de razonamiento analógico para deducir el faltante en la matriz.

Dada su eficacia, esta prueba puede ser utilizada en distintos campos de aplicación clínico, educacional, laboral, entre otros.

Consigna: Se le pide al paciente que analice la serie que se le presenta y que siguiendo la secuencia horizontal y vertical, escoja uno de los ocho o seis trazos: el que encaje perfectamente en ambos sentidos, tanto en el horizontal como en el vertical. Esta prueba tiene un límite de tiempo de 45 minutos.

2.7 Participante

Joven de 25 años de edad, originario de la ciudad de Morelia, Michoacán. De 1.75cm de estatura aproximadamente, complexión delgada, tes oscura y ojos negros.

Vive con sus padres y su hermana, habita en una casa tipo urbana con todos los servicios necesarios.

Estudió la licenciatura en Administración de Empresas, trabajó durante aproximadamente tres meses y ahora es desempleado.

Cursa con una psicosis esquizofrénica de tipo paranoide con siete años de evolución, a partir de que se presenta el primer brote psicótico.

Su madre, de 56 años de edad, abogada, originaria de la ciudad de Morelia, Michoacán, de 1.60m de estatura aproximadamente, tes oscura, ojos grandes y negros, complexión delgada.

Su padre tiene 55 años de edad, maestro en educación, abandonó el seminario años antes de ordenarse como sacerdote, mide aproximadamente 1.75m, de complexión robusta, tes blanca y ojos pequeños.

2.8 Escenario

Esta investigación se llevó a cabo dentro del hospital psiquiátrico “Dr. José Torres Orozco”, el cual fue fundado en el año de 1958 en coordinación con el Dr. Ponciano Tenorio Montes. Se comenzó su construcción durante el Gobierno de Damaso Cárdenas del Río y terminó durante el Gobierno de David Franco Rodriguez.

En la actualidad el hospital psiquiátrico está a cargo del Dr. Jaime Monterde Arguello y cuenta con un área de internamiento dividida en dos pabellones, uno para hombres y otro para mujeres. Cada uno respectivamente cuenta con cuatro grandes dormitorios que a su vez cuentan con aproximadamente diez camas cada uno.

Cuentan también con baños para los usuarios, una sala de televisión y de terapia ocupacional, jardines y bancas para que puedan permanecer en el patio.

Los usuarios que son atendidos en el área de internamiento son recibidos temporalmente hasta que el psiquiatra considera que es posible darlo de alta. Cuentan con un equipo de trabajo para atenderlos que consta de psiquiatras, enfermeras, médicos generales, psicólogos, trabajadoras sociales, odontólogos y sujetadores.

En el área de consulta externa cuenta con cinco consultorios para los psiquiatras, uno para consulta general, uno para odontología, un área de trabajo social, un área de hospital parcial y el área de psicología clínica que cuenta con cuatro consultorios y una ludoteca que está en funcionamiento.

Es precisamente en el área de psicología clínica donde se pudo llevar a cabo esta investigación.

2.9 Procedimiento

1) Selección del caso: durante la realización del servicio social, se trabajó con pacientes de tipo psiquiátrico, tanto en el área de consulta externa como en pabellones.

Uno de los usuarios asistentes a consulta externa fue el elegido para poder llevar a cabo la investigación ya que se contaba con la autorización del terapeuta y la facilidad para poder trabajar directamente con el usuario. Al conocer las características del caso se decide tomarlo para realizar esta investigación.

2) Analisis de los detalles del caso: es un caso que llama la atención al escucharlo, porque desde el punto de vista psicológico, una de las principales características del origen de la esquizofrenia o por lo menos de las más nombradas es la relación con los padres, sobre todo con la madre.

En este caso en particular es de llamar la atención que el sistema familiar a primera impresión pareciera estar en condiciones aceptables, de modo que encontrar el origen de esta psicosis de tipo funcional implica una investigación y un análisis profundo para poder llevar a cabo un psicodiagnóstico.

3) Revisión del expediente clínico: al existir especial interés en este usuario, se pide autorización para hacer revisión de su expediente clínico y poder conocer más a fondo la situación, lo cual en este caso en particular, generó mayor curiosidad por parte de la investigadora, ya que existen datos y descripciones que parecieran no tener congruencia.

4) Realización de Historia clínica: habiendo tomado la decisión de trabajar con el usuario, se procedió a realizar la historia clínica, para lo cual se citó al usuario en una ocasión, a la madre en dos ocasiones y al padre en una ocasión.

Dentro de la historia clínica se cuestionaron temas que se consideraron importantes dentro de la investigación, en relación al usuario y principalmente al sistema familiar.

- Padre

- Madre- Usuario

5) Aplicación de pruebas: se citó al usuario en 4 ocasiones distintas para llevar a cabo la aplicación de pruebas, HTP, machover, bender, mmpi-2, raven, test del árbol, test de la familia y test de la casa, en ese orden.

Teniendo como lugar de aplicación el consultorio número 4 del área de psicología clínica del Hospital Psiquiátrico "Dr. José Torres Orozco". Con un tiempo aproximado por sesión de una hora.

6) Calificación de pruebas: se llevó cabo la calificación e interpretación de pruebas, con ayuda de la respectiva bibliografía y con apoyo de diferentes personas conocedoras del tema.

7) Integración de valoración psicodiagnóstica: se integraron los resultados obtenidos tanto en las pruebas aplicadas como en la historia clínica.

8) Análisis de los resultados en comparación con el marco teórico: se realizó una discusión que permitió analizar los resultados y compararlos con la teoría.

9) Conclusiones: a partir de toda la información recolectada y el análisis fue posible llegar a conclusiones que respaldan la investigación

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1 EJE I. ESQUIZOFRENIA

➤ **ALUCINACIONES**

TIPO DE ALUCINACIÓN	INICIO	DURACIÓN
Visuales	<ul style="list-style-type: none"> - Durante el primer brote manifiesta ser perseguido por policías. - En el tercer brote no hubo manifestaciones claras de alucinaciones visuales. 	<p>Durante la fase aguda del brote hasta que fue controlado con medicamento 3 días aproximadamente.</p>
Auditivas	<ul style="list-style-type: none"> - Durante el primer brote, escuchando principalmente voces de niños y de personas que le dicen que se mate. - En el tercer brote se manifiestan de igual manera con voces que le dicen que se mate “Aunque siempre me estén diciendo ¡MATATE! Yo no lo voy a hacer” 	<ul style="list-style-type: none"> -Aproximadamente durante un mes -Comenzaron hace aproximadamente 8 meses y continúan hasta la fecha con menor intensidad.

➤ IDEAS DELIRANTES

TIPO	DESCRIPCIÓN
<p align="center">OMINIPOTENTES</p>	<p>A lo largo de las entrevistas que se han realizado una de las ideas más fijas tiene que ver con su delirio omnipotente, en el cual él menciona que el es el responsable de todas las muertes en el mundo, de controlar los cambios climáticos, de pintar el cielo de azul todos los días y pintar la economía de verde.</p> <p>El los momentos que muestra enojo menciona también que el es capaz de destruir a todos los políticos y lastimarlos a tal grado de que hasta a sus mascotas les de diarrea.</p> <p>Señala también que en el momento que él lo decida será el director técnico del equipo de futbol de los monarcas.</p>
<p align="center">MESIÁNICAS</p>	<p>Al mismo tiempo considera que Dios no existe y que él es un chamán muy poderoso ya que su madre es una bruja y su padre chamán, por lo cual obtuvo los poderes necesarios para controlar todo y jugar con el mundo.</p>
<p align="center">CULPA</p>	<p>Al momento de referirse a las muertes y platicar que escucha en las noticias todo lo que sucede con los niños el en mundo, el siente mucha culpa ya que señala que a pesar de que él controla todo, el hombre decide qué es lo que hace y se</p>

	siente tan mal de ver a tantos niños morir que siempre le dicen que se mate.
FANTÁSTICAS	Durante una de las entrevistas que no estaba programada y que sin embargo fue necesario realizarla ya que el usuario se encontraba en un estado alterado, durante la entrevista fue posible detectar sus ideas fantásticas donde señala que todos los días cuando se baña las llaves de la regadera le sirven como conexiones para viajar a otras galaxias donde puede controlar el cielo debido a su poder como chaman...”solo es necesario cerrar los ojos”
PERSECUSIÓN	Durante su primer brote psicótico mencionó haber sido perseguido y golpeado por policías. En el segundo brote no habla de las alucinaciones visuales, pero no platica fácilmente con la gente y mucho menos habla de sus delirios con cualquiera, la mayor parte de las veces lo hace en voz baja y con suma precaución para no ser escuchado.

➤ **APLANAMIENTO AFECTIVO**

DURANTE LA ENTREVISTA	Durante las entrevistas que le fueron realizadas en la mayor parte de las ocasiones presentó aplanamiento afectivo,
------------------------------	---

	solo hubo dos ocasiones en las que se mostró lábil
DURANTE LA APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS	En la aplicación de las pruebas accedió de forma amable a realizarlas, sin gesto o expresión alguna antes, durante o después de la aplicación, hizo todo lo que se le pedía rápidamente, el aplanamiento era evidente.
REFERENCIA DE LA FAMILIA	la familia señala que la mayor parte del tiempo se encuentra aislado en casa, en ocasiones ríe comentando cosas con ellos, pero no hay muestras de un estado de ánimo alegre.

➤ **RELACIÓN CON LA MADRE Y MECANISMOS DE DEFENSA.**

RELACIÓN CON LA MADRE	Por un lado tiene una relación simbiótica con su madre, ya que siempre ha buscado refugiarse en ella, porque se siente inseguro e indefenso; durante toda su vida ha tenido la fantasía de algún día poder encontrar en ella la protección, fortaleza y el cariño que necesita para no sentir que se desborda, al no encontrarla se siente deprimido y sin sentido de pertenencia.
MECANISMOS DE DEFENSA	Los mecanismos primitivos detectados son: <ul style="list-style-type: none"> • Escisión: es posible detectarla cuando él habla de ser una persona y firma como otra o se ubica siendo alguien diferente. No le es posible integrar sus impulsos con sus afectos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Omnipotencia y devaluación: se identifica en distintos momentos cuando él considera ser capaz de hacer lo que desee, al mismo tiempo el controla el cielo, la economía y al mismo tiempo se siente totalmente culpable e impotente porque no es capaz de hacer nada por cuidar a los demás y nadie lo comprende. • Identificación proyectiva: se detecta cuando V señala estar muy enojado a causa del alcoholismo de su padre, cuando en realidad el deseo de ingerir alcohol es de él. • Negación: se identifica cuando él no es capaz de reconocer que existen situaciones en las que no es posible tener el control.
--	--

➤ **RELACIÓN CON LA PAREJA**

ANTES DEL PRIMER BROTE	Antes de presentar el primer brote tuvo una novia que es descrita por la madre del paciente como “una muchachita loca”, la madre señala que ella aumento mucho el gusto del paciente por el alcohol, tuvieron una relación de año y medio aproximadamente y se terminó cuando él comenzó con comportamientos extraños, previo al primer brote.
DURANTE EL PRIMER BROTE	Durante el primer brote no tenía una relación de pareja, sin embargo entre sus múltiples discursos mencionaba tener una novia a la cual amaba mucho y con la que quería casarse.
DESPUES DEL PRIMER BROTE	Durante este tiempo él conoció a una amiga de su hermana de la cual se hizo novio, tuvieron una relación de aproximadamente tres años, en la cual la convivencia con las familias era muy cercana, ella sabía de la problemática que él había presentado hacía algún tiempo. Hubo relaciones sexuales en varias ocasiones durante la relación. Al inicio del segundo brote ella se da cuenta de la situación y decide

	continuar con él de manera regular.
SEGUNDO BROTE	<p>Durante el segundo brote la relación con su novia continúa, solo que en ese momento se desarrolla casi todo el tiempo en casa de él, ya que el no puede salir debido a su condición psicótica, ella decide seguir con él, al grado de llegar a tener actos sexuales fuera de lo normal incluso estando los padres dentro de la misma casa y percatándose de la situación.</p> <p>A mitad del brote su pareja decide terminarlo argumentando que sus padres no le permiten tener una relación pero que ella continuará siendo su amiga, lo cual no sucede dejándolo plantado en varias ocasiones.</p> <p>En estos momentos no tiene pareja y señala con frecuencia que él está enamorado de todas las mujeres, pero quiere casarse solamente con una y ser feliz.</p> <p>Presenta una fuerte dependencia hacia las mujeres que considera le darán cariño y contención necesarios.</p>

➤ **VIDA LABORAL /ESTUDIANTIL**

ANTES DEL PRIMER BROTE	Decidió estudiar la carrera de administración de empresas y estaba en el primer semestre en el tronco común junto con la carrera de contabilidad.
DURANTE EL PRIMER BROTE	Al inicio del primer brote decide abandonar la escuela porque ya no le gustaba, deja de asistir a clases durante dos meses aproximadamente.
DESPUES DEL PRIMER BROTE	Logra continuar sus estudios hasta terminar la carrera y titularse. Comenzó a trabajar en una empresa de reservaciones telefónicas donde menciona estaba sometido a mucho estrés.
SEGUNDO	Deja el trabajo y se queda en su casa donde actualmente continúa,

BROTE	el menciona que es pasajero “estoy de vacaciones hasta Diciembre”
--------------	---

3.2 EJE II. PSICODIAGNÓSTICO

INTERPRETACIÓN DE PRUEBAS

I. BENDER

Es una persona que percibe a su mundo como falto de cohesión, es decir una desintegración de su personalidad, manejándose normalmente a través de sus impulsos.

No se siente capaz de responder ante estímulos amorosos ya que considera que no tuvo una figura materna de la cual aprender, llevándolo a ser inseguro y dependiente sobre todo de la figura femenina, con altas y bajas de carácter, impidiéndole relacionarse de manera adecuada con los demás.

Ante los demás es capaz de presentarse como una persona estable, tranquila, pacífica y segura de sí misma, situación que él considera como real ya que su estructura no es suficiente para poder percibir el mundo que lo rodea, llevándolo a estar totalmente aplanado en sus emociones.

Tiene conflictos relacionados con su sexualidad ya que es una sexualidad infantil, inmadura, guiada por impulsos y está relacionada con su imperiosa necesidad de encontrar afecto y contención.

Busca constantemente argumentos que le permitan estar en contacto con la realidad, hasta que llega un punto en el que le es imposible controlarlo y sus delirios comienzan a ser cada vez más evidentes.



II. HTP

Existe una escisión clara de su personalidad, que se logra percibir tanto en los dibujos como durante su discurso “Yo vivo ahí, este es otro” sic.

Es una persona que posee poco contacto con la realidad y busca en la figura materna la fortaleza necesaria para no sentir que se desborda, contención que no ha sido dada por la madre, lo cual lo lleva a estar en un proceso de desrealización, utilizando la fantasía como recurso para poder sobrellevar su situación.

Lo anterior lo ha llevado a ser una persona insegura, desconfiada, agresiva oralmente y con graves desórdenes intrapsíquicos.

Percibe a la figura materna como una persona que no dio las suficientes muestras de afecto, rígida, controladora, ambivalente, hostil.

Por otro lado percibe a la figura paterna como una figura imponente, de carácter fuerte, una autoridad de la que no puede desobedecer fácilmente, este control de algún modo lo lleva a reprimir sus pensamientos, ansiedad y agresividad ya que no es permitido expresar ideas que salgan de la norma, de algún modo este control ejercido por la figura paterna le ha permitido mantenerse en contacto con la realidad durante más tiempo antes de que permita que el brote psicótico se presente.



¡Mi vida!

¡Simplemente como vive al mundo

limpio y Bañado en sangre A

Alex

III. MACHOVER

Es una persona que generalmente se conduce de manera impulsiva, lo cual le ocasiona conflictos internos ya que quisiera poderse controlar y no es capaz contenerse.

Presenta características que se le atribuyen a la esquizofrenia, tales como una percepción distorsionada de la realidad, errores de juicio, sensibilidad ante las críticas y una fuerte dependencia hacia la figura femenina.

Busca constantemente argumentos que le permitan probarse a sí mismo que todavía existe en él un poco de cordura, es así como constantemente evita expresar comentarios o ideas propias que identifica serán descabelladas.

Es una persona ensimismada, insegura, inestable e inmadura, por lo cual, lo que sucede a su alrededor es percibido por él de una manera tan hostil que no es capaz de soportarlo, generándole una gran ansiedad y bloqueando su comunicación con los demás, limitando su capacidad de integrarse y socializar, dedicándose solamente a observar; a pesar de lo anterior se considera una persona totalmente indispensable para el mundo, de forma que lo que los demás hagan nunca será suficiente para competir con él.

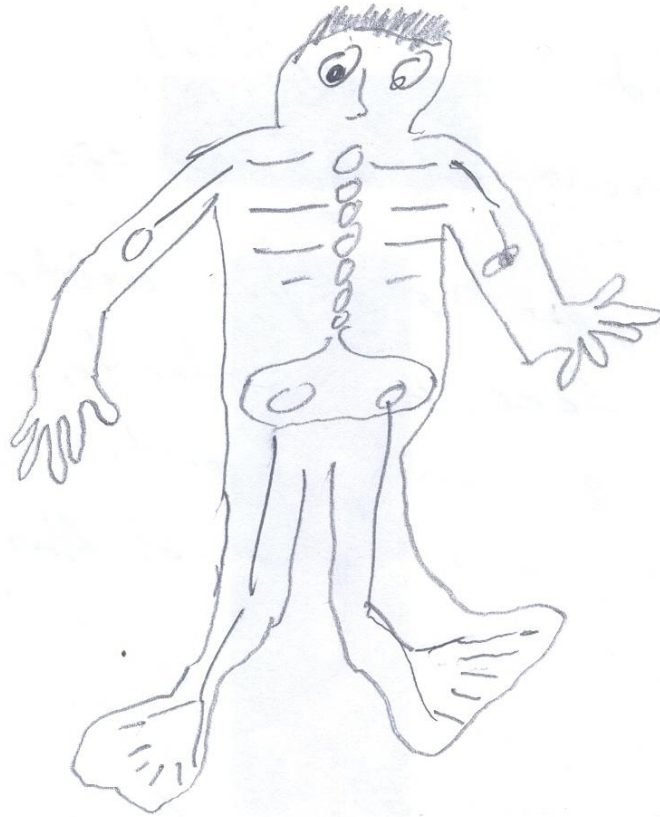
Es una persona que carece de las bases afectivas necesarias para poder tener una estructura firme, Intenta refugiarse en la figura de su madre, ya que tiene la fantasía de que será protegido por ella, a pesar de percibirla como una figura agresiva.

Constantemente presenta altas y bajas de carácter y en muchas ocasiones es agresivo de forma pasiva, es decir a través de actitudes sutiles,

Posee sentimientos de debilidad física, por un lado como una característica de su intento por no sufrir una desorganización psíquica y por otro como una manera de percibirse vulnerable ante los demás.

En el área sexual existe una fuerte dependencia hacia el sexo femenino y en ocasiones puede ver confundido su rol ya que el vínculo formado con su madre es de tipo simbiótico, generándole en ocasiones el deseo de tener ciertos privilegios con los que cuenta el sexo femenino. Necesidad de ser dominado.

En cuanto a las relaciones con autoridad, expresa enormes deseos por ser liberado de opresiones, de poder comportarse libremente como él lo desea.



¡ Muerte !

Vendita Muerte Dulce,

Anelada que entu!

Assencia el ser no es.

Gracias por ser por existir

Tu que seas un instante,

eterno que un momento

se palpa a tu tocar el Alma

¡ Gracias !

Por ser por existir y
disfrutar cada momento

Alfredo Alejandro...



¡Me emburra por accidente
pero soy Feliz por tener
un hijo!

IV. TEST DEL ÁRBOL

Es una persona con un yo débil y que refleja haber vivido infancia y un crecimiento doloroso, con muchas dificultades que lo llevaron a ser una persona completamente dependiente. Busca principalmente la protección de su madre, sin encontrarla, lo cual genera en él depresión e incertidumbre, sensación de no pertenencia por lo que busca desesperadamente algo que le ayude a sentirse parte de algún lugar.

Por otro lado es posible apreciar la gran molestia que hay hacia su padre, puesto que considera que él lo ha limitado en muchas de las actividades que él ha querido realizar, siempre ha buscado mucho la independencia y poder tomar sus propias decisiones; sin embargo se siente totalmente castrado por la figura de su padre. Lo cual se complementa al observar su intento por desarrollar proyectos que no han podido funcionar.

Es una persona desconfiada, fantasiosa, agresiva y con gran confusión acerca de lo que debe hacer y quiere hacer.

Tiene muchas ideas en mente y la necesidad de expresar todos sus pensamientos, pero da la impresión de estar encerrado en un lugar que no le permite ser tal y como es, con inteligencia suficiente para darse cuenta que necesita tener mucha fuerza para salir adelante y se aferra a los pocos elementos que tiene, lo cual se vuelve una lucha constante consigo mismo y con los demás, ya que sus elementos más fuertes son la fantasiosos, por lo tanto su percepción acerca de las cosas, es decir su realidad, es diferente a la de los demás, lo cual lo lleva a una constante lucha para aceptarse a sí mismo y además para defenderse de la opinión que los otros tienen acerca de sus pensamientos e ideas.



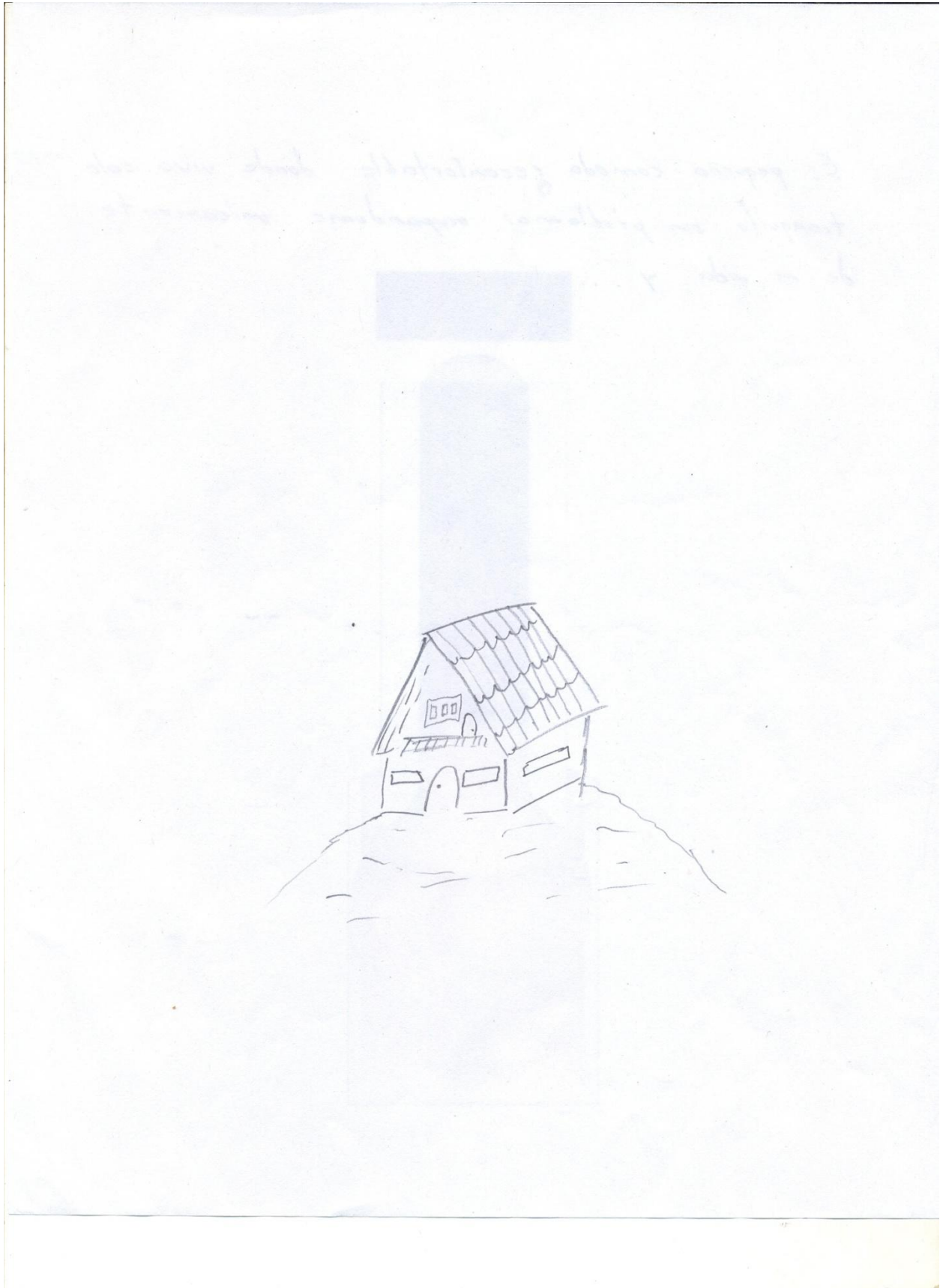
V. TEST DE LA CASA

Es una persona aislada, que no confía en la gente, por lo cual no permite que entren en su vida íntima, es decir en sus sentimientos más profundos, es una persona que se siente, débil, sin fuerza para realizar actividades, se siente atrapada y con deseos de ser libre, de tomar de vez en cuando un respiro, pero reconoce que está totalmente aislado, en donde nadie lo pueda lastimar.

Es una persona que tiende constantemente a la fantasía y tiene la esperanza de poder relacionarse con los demás, permitirles que lo conozcan y el deseo de conocerlos. Situación que le es imposible ya que no cuenta con los elementos suficientes para relacionarse. Intenta aparentar ser alguien sociable e incluso se muestra seguro de serlo, esto como parte de sus fantasías psicóticas.

Siente que el padre lo limita, coarta su libertad para mostrarse a los demás, para ser "él mismo", esto le hace sentir ambivalencia hacia la figura paterna, ya que por un lado, la contención que el padre le brinda es determinante mantenerse un poco más apegado a la realidad, pero por otro lado lo percibe como castrante, controlador, agresivo, generando enojo y frustración.

Por otro lado es casi imposible observar la presencia de la madre, pareciera que solamente está al frente, es decir, está presente, sin embargo no existen muestras de que sea una figura que brinde soporte, se muestra tambaleante y ansiosa.



VI. TEST DEL DIBUJO DE LA FAMILIA

Percibe a su familia como una familia sin muchos elementos, carente de afecto, ya que les es imposible darlo o recibirlo, puesto que no se tiene conocimiento de cómo se hace.

Sus afectos son primitivos, es decir apenas pueden percibirlos en sí mismos, sin embargo reconocerlos y demostrarlos resulta una tarea imposible.

Por otro lado V percibe a la madre como la figura más importante dentro del sistema familiar, sin embargo es la que cuenta con menos elementos para brindar apoyo. Es fría, agresiva, impulsiva, sin habilidades para relacionarse y débil, sin embargo, en comparación de los otros miembros de la familia pareciese ser la única con la capacidad de ver un poco más clara la realidad, es decir sin hacer uso de la fantasía en todo momento.

La figura siguiente es la que representa al propio V, buscando siempre estar en contacto con la figura materna, tener su cariño, compañía, ya que si necesidad de afecto es muy grande, busca desesperadamente el reconocimiento y a pesar de tener cerca a la figura paterna, la considera de menor valor y no existe un contacto.

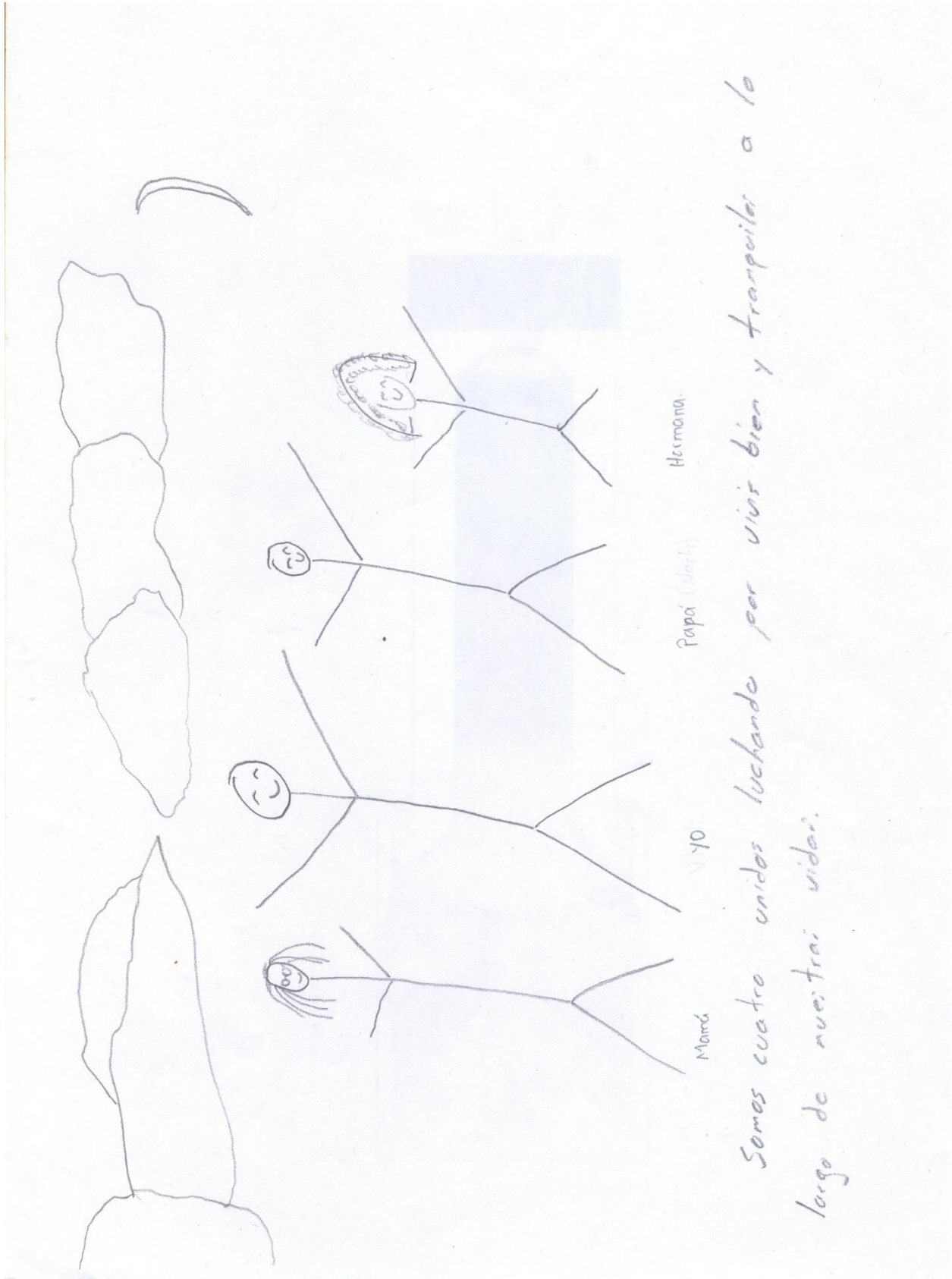
Por otro lado no acepta ver su realidad y prefiere disfrazarla ya que la considera dolorosa y él no se considera lo suficientemente fuerte para enfrentarla, además de que no cuenta con el apoyo de nadie más para hacerlo. No existe una conexión entre sus impulsos y sus sentimientos.

El padre es percibido como una figura de menor importancia dentro de la familia que V, donde es percibida una falta de vínculo con el que debiera ser el holón parental. Al mismo tiempo es percibido como alguien que no tiene la capacidad de unir sus emociones y sus sensaciones, necesitado de afecto, de escucha, sin capacidad

para socializar y para ver la realidad que lo rodea, sin embargo es una persona que tiende un poco más a ver hacia el futuro.

Su hermana es considerada como alguien indefenso a quien hay que cuidar en todo momento para que nada le suceda, como si aún fuera una niña pequeña, sin la capacidad para ver su realidad, fantasiosa, carente de afecto y con dificultades para demostrarlo, aislada e impulsiva.

No existe ningún tipo de contacto entre los integrantes de la familia, todos buscan desesperadamente el ser contenidos sin embargo no logran tener fortaleza.



VII. TEST DE MATRICES PROGRESIVAS DE J. RAVEN

Presenta habilidad para responder a las pruebas que implican pensamiento de tipo abstracto, el cual responde con suma facilidad, dando como resultado un coeficiente intelectual en el rango III, el cual está considerado dentro de la norma.

PROTOCOLO DE PRUEBA DE RAVEN

ESCALA GENERAL

INSTITUTO, ESCUELA O CLINICA: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "Dr. José Toranzo Orozco"

NOMBRE: A.V.S

FORMA DE APLICACIÓN

PRUEBA No:

Fecha de nac: 2/12/86	motivo de la apl.
Edad: años 24 meses 10 Grado: LIC	Fecha de hoy:
Distrito:	Hora de inicio: 9:10am Duración 25 min
Localidad: MORELIA	Escuela:
	Hora de fin: 9:25

	A		B		C		D		E	
1	4	1	2	1	8	1	3	1	7	1
2	5	1	6	1	2	1	4	1	6	1
3	1	1	3	1	3	1	3	1	8	1
4	2	1	4	2	8	1	7	1	2	1
5	6	1	5	1	7	1	8	1	1	1
6	3	1	6	3	4	1	6	1	5	1
7	6	1	7	5	7	1	5	1	1	1
8	2	1	8	6	1	1	3	0	6	1
9	2	1	9	4	7	1	1	1	2	0
10	3	1	10	3	6	1	2	1	9	0
11	2	0	11	4	2	0	4	0	4	0
12	1	0	12	5	1	0	2	0	3	0
Punt par:	10+2	Punt par:	10+2	Punt par:	10+1	Punt par:	11+1	Punt par:	9-1	

ACTITUD DEL SUJETO	DIAGNOSTICO
REFLEXIVA <input type="checkbox"/> INTUITIVA <input checked="" type="checkbox"/>	Edad cron. 25a Puntaje D. 50
RAPIDA <input checked="" type="checkbox"/> LENTA <input type="checkbox"/>	T/ minutos 25' Percent. 50
INTELIGENTE <input checked="" type="checkbox"/> TORPE <input type="checkbox"/>	Discrepancia Rango. 111
CONCENTRADA <input checked="" type="checkbox"/> DISTRAIDA <input type="checkbox"/>	DIAGNOSTICO
DISPUESTA <input checked="" type="checkbox"/> FATIGADA <input type="checkbox"/>	TEMINO MEDIO
INTERESADA <input checked="" type="checkbox"/> DESINTERESADA <input type="checkbox"/>	
TRANQUILA <input checked="" type="checkbox"/> INTRANQUILA <input type="checkbox"/>	
SEGURA <input checked="" type="checkbox"/> VASCILANTE <input type="checkbox"/>	
PERSEVERANCIA <input checked="" type="checkbox"/>	
UNIFORME <input checked="" type="checkbox"/> IRREGULAR <input type="checkbox"/>	
	DIANA BARRILENAS FLORES Examinador

VIII. CUESTIONARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI-2)

La prueba se considera válida, ya que cumple con todos los criterios necesarios para su validación. Sin embargo, al momento de revisar los cuatro candados de seguridad, uno de ellos no cubrió los criterios necesarios, es decir la prueba se considera válida, sin embargo es necesario tomar en cuenta que, dentro de las escalas suplementarias, la escala **Fp** salió por encima de la norma, lo cual, observando que las escalas **INVAR** e **INVER** son válidas permite que la prueba pueda ser tomada en cuenta.

Código Welsh:

6" 8' 9 3 4 1 – 5 2 / 7 : 0 # F ' L / K #

La combinación de las escalas **Es, Pa, Pt y Ma**, son consideradas como una **tétrada psicótica**.

Por otro lado el perfil **6-8 y 8-6** está considerado como un trastorno de tipo psicótico donde el usuario no requiere de un internamiento y puede ser tratado de manera externa y llevar a cabo una vida relativamente normal.

Este tipo de combinación señala la presencia de alucinaciones auditivas y memoria distorsionada. Normalmente los usuarios de este grupo son solteros y se caracterizan por conductas autistas, contenido mental compuesto principalmente por ideas de persecución, ideas de grandeza e ideas de referencia. Presentan conductas impredecibles con actitud constante agresiva y hostil, puede presentarse también excesiva religiosidad y omnipotencia, teniendo la creencia de poseer una capacidad intelectual única o alguna habilidad especial.

Perfil de elevación

Limitrofe: es considerada como una persona que está a punto de estallar. Se considera perfil limítrofe dado que son sujetos que parecieran indicar anomalías que el sujeto parece ser capaz de controlar, sin embargo, en este tipo de casos es

conveniente que sean tomadas en cuenta las escalas en conjunto más que por separado.

Interpretación anecdótica

Índice F-K= 4, se considera un perfil válido

Configuración de las escalas de validez:

Se tomó en cuenta la combinación: **B**, ya que es la que más se acerca a la configuración obtenida en las escalas de validez. Esta configuración se encuentra generalmente en perfiles con desórdenes del carácter y en los de pacientes psicóticos, puede reflejar condiciones sintomáticas u otras características observadas en perfiles con escala F elevada.

Escalas básicas (validez)

- Escala **L**= 6, T=53 (36-55)= No existen datos consistentes que puedan ser considerados como significativos, sin embargo se encuentra cerca de considerarse como una fuerte necesidad de impresionar de manera favorable y ofrecer respuestas socialmente aceptables.
- Escala **F**=15, T=77 (70-80)=una puntuación alta en F generalmente se asocia con varias puntuaciones altas en las escalas clínicas y en lugar de darle menos importancia la prueba, debe considerarse como un índice para detectar una patología severa.

Las frases de esta escala indican un amplio espectro de mala adaptación; muchas de ellas se refieren a pensamientos y creencias extrañas. Por otra parte se señala que, cuando F es mayor a T70 implica una conducta psicótica manifiesta y desorganizada. Puede padecer alucinaciones o ideas de referencia. Este tipo de elevación sugieren una probabilidad creciente del mal funcionamiento del yo. Con la escala F a este nivel, las escalas neuróticas y psicóticas elevadas señalan vivencias de casos de esquizofrenia pseudoneurótica.

- Escala **K=11**, T=38 (T por debajo de 41) personas normales y pacientes psiquiátricos presentan esta puntuación y sugiere que las defensas de la persona son inadecuadas o que está suplicando ayuda para resolver sus problemas emocionales.

Configuración de las escalas de validez

Es una persona en la cual se detecta una patología severa, que puede venir acompañada de ideas de referencia y alucinaciones, además de conductas un tanto desorganizadas, tales como la imperiosa necesidad de adoptar una conducta que sea en extremo favorable para los demás, de manera que logre “ser visto” y al mismo tiempo ser ayudado.

Escalas básicas

- **Pa=19**, T=83 (T igual o mayor que 80) esta elevación indica que la persona puede mostrar una conducta francamente psicótica y trastornos del pensamiento, es probable que presenten delirios de persecución o de grandeza, además de ideas de referencia. Una de sus características es que utilizan la proyección como mecanismo de defensa. A los pacientes psiquiátricos que presentan elevaciones en esta escala, muy frecuentemente se les diagnostica con: esquizofrenia paranoide y son personas que quizás actúen con base en sus delirios o fantasías.
- **Es=44**, T=75 (70-79) tienen un estilo de vida esquizoide, no se sienten parte del medio social, se aíslan, se enojan y se consideran incomprendidos, existe una sensación de rechazo por parte de sus compañeros hacia ellos, son ansiosos, resentidos, hostiles y agresivos, suelen ser incapaces de expresar sus sentimientos y tienden a reaccionar ante el estrés abstrayéndose en fantasías y ensoñaciones, por lo tanto, muestran dificultades para separar la realidad de la fantasía, tienen dudas importantes acerca de sí mismos y fuertes sentimientos de inferioridad, incompetencia e insatisfacción.

- **Ma=28**, T=67 (65-74) se les considera sujetos enérgicos, activos, habladores y personas que tienen un amplio rango de intereses, pareciese que prefieren la acción al pensamiento, pero quizá utilicen su energía de forma inadecuada y no concluyan sus proyectos. Los individuos con calificaciones elevadas en Ma, generalmente son sociables, manipuladores, persuasivos y algo impulsivos.
- **Is=0**, T=35 (Menor de T 35) sugiere una persona extrovertida, gregaria y sociable. Cuando un individuo presenta una puntuación muy baja probablemente tenga relaciones interpersonales muy superficiales con poca posibilidad de establecer relaciones profundas.
- **Pt=23**, T=49 (21-27) son personas con capacidad adecuada para organizar trabajo, no presentan dudas en sus actitudes como tampoco preocupaciones indebidas.
- **D=20**, T=50 (46-65) la persona probablemente esté conforme consigo misma, además de ser estable, equilibrada y realista.

Configuración de las escalas básicas.

Es una persona considerada francamente psicótica, pudiese ser diagnosticada con esquizofrenia paranoide, de manera que frecuentemente presenta delirios de grandeza, místico religiosos etc. por otro lado es una persona fantasiosa, ya que el pensar en relacionarse con los demás es una situación generadora de angustia, ansiedad e inseguridad. Al mismo tiempo utiliza la proyección como mecanismo de defensa e intenta manipular a los demás y hacerles creer que es una persona sociable ya que se muestra enérgico, hablador y seguro de sí mismo, cuando en realidad no es capaz de establecer relaciones sociales profundas.

Escalas de contenido

- **DEL=14**, T=88 = los pensamientos delirantes que se presentan en las personas con puntuaciones elevadas en esta escala, son característicos de los procesos psicóticos de pensamiento, estos individuos tal vez presenten también alucinaciones auditivas, visuales u olfativas, además de reconocer que los

pensamientos propios son extraños y peculiares; por otro lado es posible que implique también ideas paranoides y creer que tienen una misión o poderes especiales.

- **FAM**=15, T=75 = los individuos con puntuaciones altas en esta escala, manifiestan desacuerdos y pleitos importantes, describen a los miembros de su familia como desagradables y poco afectuosos. Incluso tal vez sientan odio por su familia, recuerdan haber sufrido abusos en su infancia y consideran que existe falta de afecto.
- **SAU**=15, T=67 = son personas con síntomas físicos en diversos órganos corporales, son individuos que se preocupan por su salud y se sienten más enfermos que el resto de las personas.

Configuración de las escalas de contenido

Es una persona que presenta francamente delirios y alucinaciones, que son características propias de procesos psicóticos, y pueden estar relacionadas con su ambiente familiar, ambiente con el cual él está totalmente en desacuerdo, ya que considera vivió una infancia tortuosa, que incluso ha provocado en él una sensación de odio hacia su familia.

Por otro lado es posible que su preocupación por la salud tenga relación con sus alucinaciones de tipo nilista que lo llevan a sentirse como si estuviera desapareciendo poco a poco.

Escalas suplementarias

- **Fp**=13, T=86 (menor a T 89) se considera importante para identificar que existe una patología real.
- **Eps**=23, T=65 Es una escala que complementa **Epk** y solamente está relacionada con índices de ansiedad.
- **Epk**=16, T=64 Sugiere una gran confusión emocional, presenta ansiedad, preocupación, alteraciones del sueño, culpa, depresión, así como pensamientos no deseados y perturbadores.

- **R=7**, **T=31** Personas emotivas, desinhibidas verbales, entusiastas atrevidas y alegres, al mismo tiempo aparecen como enérgicas y dominantes en las relaciones sociales.
- **GF=20**, **T=32** **GM=34**, **T=48** Al presentarse una puntuación elevada en GM, en relación con el GF se considera que se trata de una masculinidad estereotipada.
- **Rs= 14**, **T=32** (T menor de 40) se caracterizan por ser personas que no están dispuestas a asumir responsabilidades y que tal vez no acepten valores y normas sociales, no aceptan la responsabilidad de su propio comportamiento y suelen ser faltos de confianza.

Configuración de las escalas suplementarias

Es una persona con alteraciones de juicio y del sueño, que presenta pensamientos no deseados y perturbadores, que en ocasiones son llevados a cabo ya que es una persona desinhibida y enérgica que puede llegar a violar ciertas normas sociales y no es capaz de asumir la responsabilidad de su propio comportamiento debido a que existe una patología real. Está identificado con su sexo.

Configuración de las escalas de validez, básicas, de contenido y suplementarias.

V está considerado dentro de las patologías severas (psicosis), la cual pudiese ser diagnosticada como Esquizofrenia de tipo paranoide, ya que presenta desórdenes de carácter, ideas de referencia, delirios sobre todo de tipo nihilista que lo llevan a tener una preocupación por su esquema corporal y la sensación de estarse desintegrando , presenta también alucinaciones.

Por otro lado es una persona que tiende constantemente a la fantasía ya que el reconocer su propia realidad le genera mucha angustia y ansiedad, sobre todo al considerar que tuvo una infancia tortuosa y una relación con su familia que hasta el momento continúa en constantes pleitos, donde además el se siente limitado en ciertos aspectos tales como sus conductas y utiliza la proyección como mecanismo de defensa

para justificar sus actos, culpando a los otros por sus conductas ya que no es capaz de asumir las responsabilidades de sus actos.

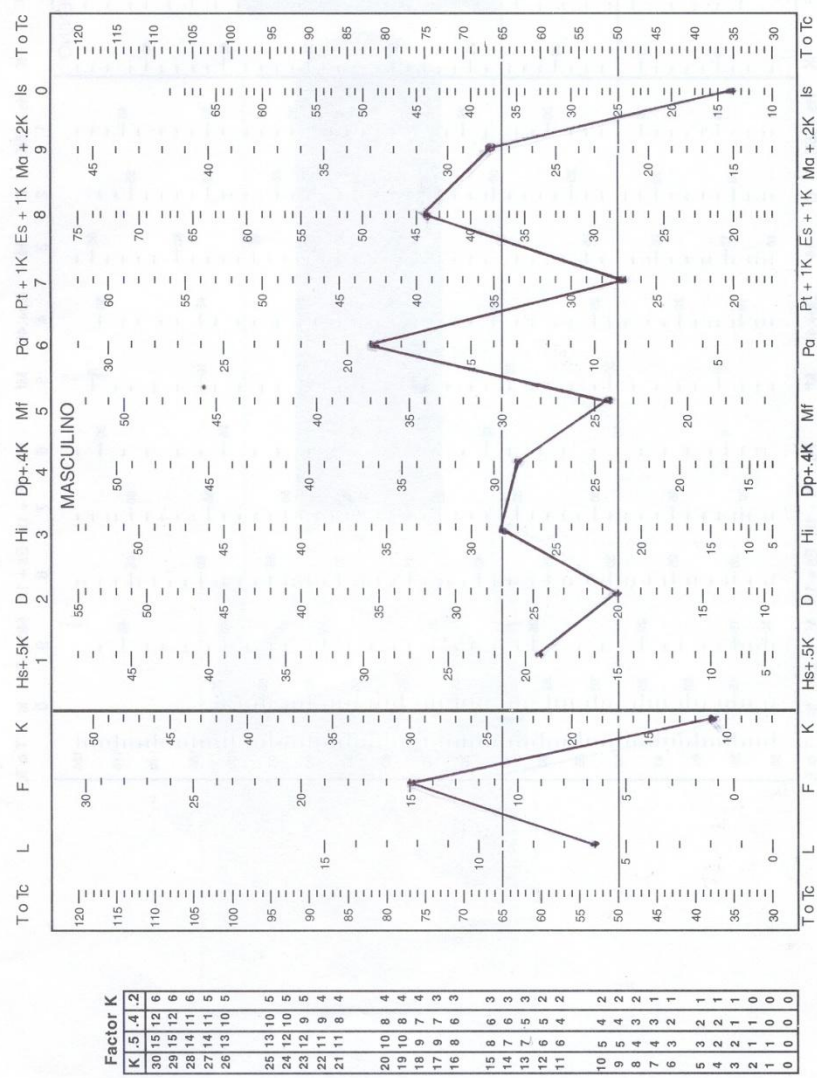
Es una persona desconfiada, lo cual junto con sus pocas habilidades para la socialización hacen que sea una persona aislada y agresiva.

Está plenamente identificado con el sexo masculino, aunque en ocasiones considera al sexo femenino con más ventajas que el masculino, por lo tanto en ocasiones desearía tener atribuciones que solo posee el sexo femenino.

ESCALAS BÁSICAS

Clave del perfil: _____
 Iniciales del calificador: _____
 Nota: Este perfil está impreso enmarcado y negro. NO LO ACEPTE si es de un solo color.

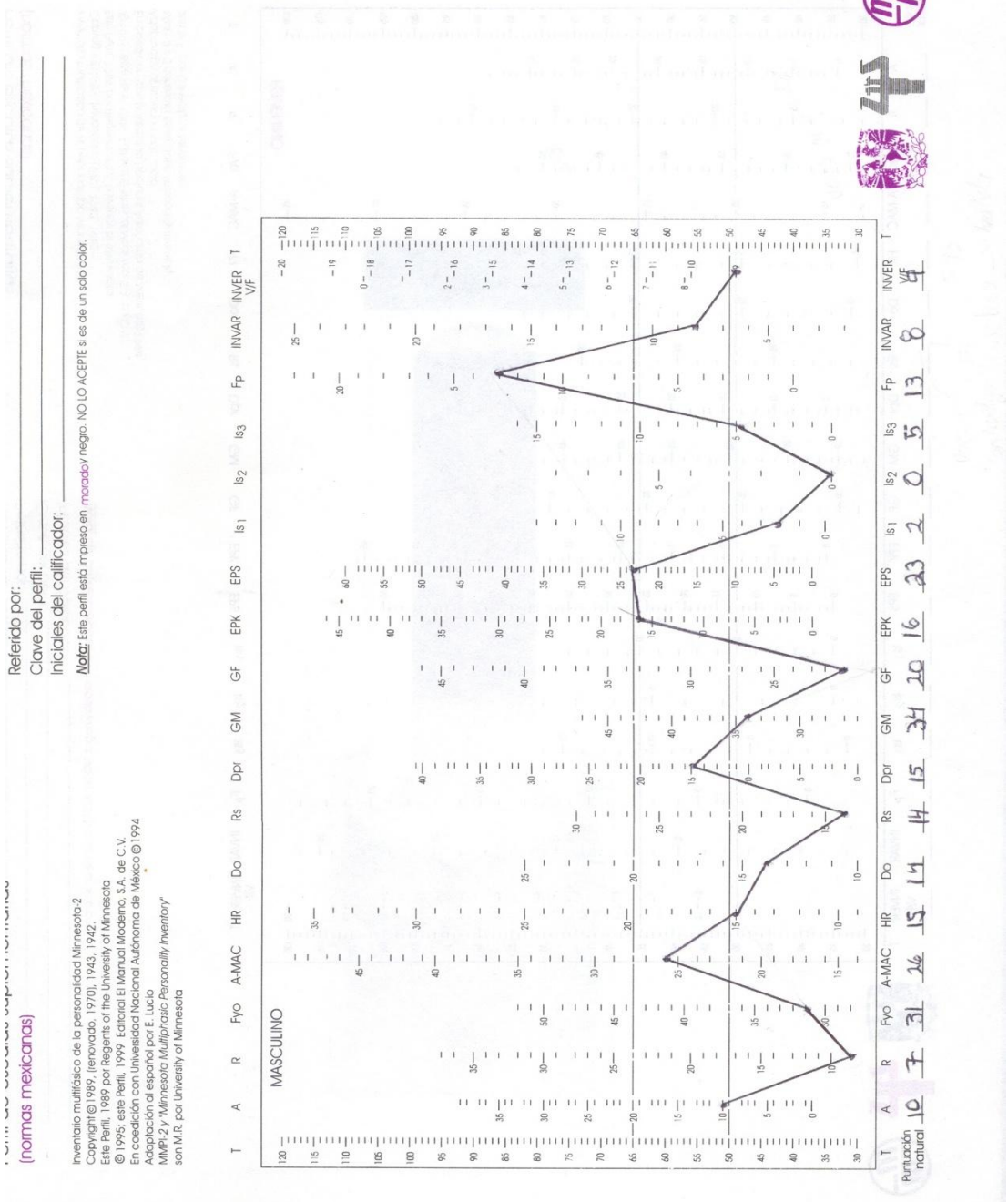
Copyright © 1989, (renovado, 1970), 1943, 1942.
 Este perfil, 1989 por Regents of the University of Minnesota
 © 1995 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994
 Adaptación al español por E. Lucio
 MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
 son M.R. por University of Minnesota



Puntuación natural ? —
 Puntuación natural con K 19
 Factor K agregado 6
 Puntuación natural con K 19
 Puntuación natural ? —
 Puntuación natural con K 19
 Factor K agregado 6
 Puntuación natural con K 19



ESCALAS DE CONTENIDO



ESCALAS SUPLEMENTARIAS

MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2

MP 46-6.3

Perfil de escalas de contenido
(normas mexicanas)

Butcher, Graham, Williams y Ben-Porath (1989)

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2

Copyright © 1989, (renovado, 1970), 1943, 1942.

Este Perfil, 1989 por Regents of the University of Minnesota

© 1995; este Perfil, 1999 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

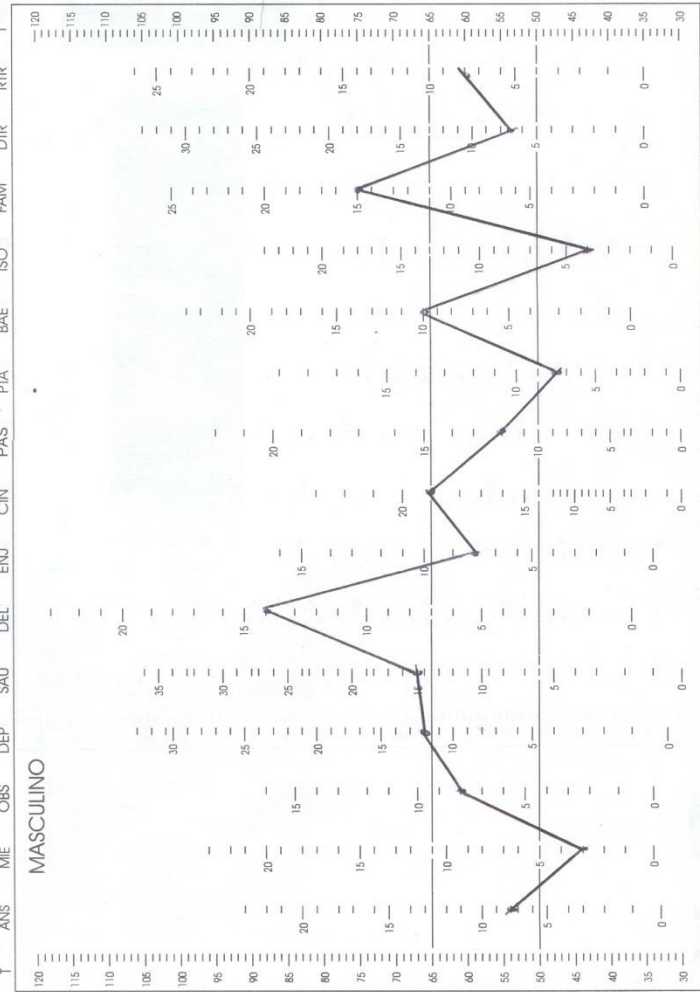
Adaptación al español por E. Lucio

MMPI-2 y Minnesota Multiphasic Personality Inventory

son M.I.R. por University of Minnesota

Nombre: _____
Dirección: _____
Ocupación: _____ Fecha de aplicación: _____
Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
Referido por: _____
Clave del perfil: _____
Iniciales del calificador: _____

Nota: Este perfil está impreso en **mayúsculas** negro. NO LO ACEPTE si es un solo color.



INTEGRACIÓN GENERAL

Es una persona que presenta características que se le atribuyen a la esquizofrenia, tales como una percepción distorsionada de la realidad, errores de juicio, sensibilidad ante las críticas, alucinaciones, ideas delirantes sobre todo de tipo nihilista ya que tiene la sensación de estarse desintegrando.

Considera a su mundo como falto de cohesión y es posible detectar una escisión clara de su personalidad, ya que posee un yo débil al que no le es posible integrar afectos e impulsos en una sola estructura, de manera que considera necesario incluso dividirse en dos personas diferentes.

Por un lado es una persona que se conduce de manera impulsiva, inestable, con muchas altas y bajas de carácter, agresivo, aislado, inseguro y desconfiado, por lo tanto no permite que las personas entren en sus sentimientos más íntimos.

Utiliza la identificación proyectiva como mecanismo de defensa para justificar sus actos ya que no es capaz de reconocerlos y sentir culpa, de tal manera que los identifica como si fueran de alguien más.

Por otro lado, debido a lo primitivo de sus afectos no es capaz de reconocerlos en él mismo y por consecuencia no logra reconocerlos en los demás. Esto genera en él que todo aquello que sucede a su alrededor sea percibido de una forma tan hostil que no es capaz de soportarlo y lo lleva a una desrealización.

Tiene la esperanza de que en algún momento será capaz de reconocer sus afectos y por lo tanto también ser reconocido por los demás, es decir no es capaz de reconocerse a sí mismo y espera que los demás le brinden ese reconocimiento.

Se siente débil tanto psíquica como físicamente, perdiendo rápidamente contacto con la realidad, llevándolo a recurrir a la fantasía, lo cual ha sido corroborado cuando él comenta: "la fantasía ha sido la única forma de mantenerme bien".

Por lo anterior busca constantemente argumentos que le permitan probarse a sí mismo que existe en él un poco de cordura, ya que debido a su nivel de inteligencia existen momentos en los que es capaz de reconocer que sus pensamientos e ideas no son bien vistas por los demás y evita expresar comentarios o ideas propias que identifica parecerán descabellados para otros, aunque eso no significa que no tenga ideas en mente y crea fielmente que son verdaderas. Dentro del inicio del brote psicótico hay un punto en el que ya no es capaz de contenerse, de manera que sus delirios y alucinaciones se vuelven cada vez más evidentes.

Existen en él profundos deseos de ser libre y llevar a cabo proyectos que tenía en mente antes de que comenzara su enfermedad y los que ha ido planeando incluso durante ella, de manera que constantemente se siente frustrado al no poder realizarlos en su totalidad. Cabe destacar que considera a su padre como el culpable de no poderlos desarrollar ya que él es quien en estos momentos le dice lo que puede y no puede hacer, por lo tanto es totalmente dependiente.

En cuanto a cuestiones parentales V percibe a su familia sin elementos para salir adelante, carente de afecto, afecto que todos los integrantes buscan desesperadamente recibir y con una gran dificultad para poder darlo. V al no poder encontrarlo, culpa a su familia de haber vivido una infancia tortuosa llegando incluso a odiarlos.

En cuanto al holón parental, no existe relación alguna entre ellos o algún tipo de contacto, la madre no es capaz de ver a su esposo ya que sólo es capaz de percibirse a ella y a su hijo como una parte de ella misma. En lo que al holón de hermanos respecta, la relación entre V y su hermana siempre ha sido muy cercana ya que él la considera como alguien indefenso a quién hay que cuidar y de esta manera no se vuelve una competencia para él.

Tiene una relación simbiótica con su madre, ya que siempre ha buscado refugiarse en ella, porque se siente inseguro e indefenso; durante toda su vida ha tenido la fantasía de algún día poder encontrar en ella la protección, fortaleza y el cariño que necesita para no sentir que se desborda, al no encontrarla se siente deprimido y sin sentido de pertenencia.

La madre es percibida como una figura que no dio las suficientes muestras de afecto, rígida, controladora, hostil, ausente, tambaleante, ansiosa, agresiva, invasiva e incapaz de brindar algún tipo de soporte, ya que no cuenta con los elementos necesarios para lograrlo, es decir no sabe cómo dar o recibir afecto.

El padre es percibido como una figura que da contención y considera que así es como puede demostrar su afecto, él es la persona que ha logrado que V alcance a tener un poco de soporte y no se desborde tan rápido, busca apoyarlo.

Al mismo tiempo V lo percibe como una figura paterna imponente, de carácter fuerte, con capacidad de escucha pero sin habilidad de relacionarse, estricto, como una autoridad a la que no se desobedece fácilmente y por la cual se siente totalmente castrado y limitado para poder ser él mismo.

Lo anterior genera que V sienta una enorme ambivalencia hacia su padre, además de enojo y frustración, alcanza a reconocer a su padre como su punto más fuerte de apoyo.

La hermana es considerada como una niña pequeña sin la capacidad para ver su realidad, fantasiosa, carente de afecto y sin habilidad para demostrarlo, aislada e impulsiva.

En lo que al área social respecta, se considera inseguro, lo cual le genera una gran ansiedad, llevándolo a no relacionarse y sólo dedicarse a observar, ya que además se

siente amenazado y desconfía de lo que los demás quieran hacer, no permitiéndoles el acercarse y al mismo tiempo posee unas ganas enormes de relacionarse.

Al mismo tiempo es capaz de presentarse ante los demás como una persona estable, tranquila, pacífica, segura de sí misma, situación que él considera real ya que su estructura no le permite discernir entre la realidad y la fantasía, llevándolo a estar totalmente aplanado en sus emociones.

Considera mucho más fácil relacionarse con el sexo femenino y tiene la tendencia a vincularse de tal manera que se vuelve totalmente dependiente de cualquier mujer que él considere será capaz de brindarle cariño y contención.

Está totalmente identificado con el género masculino aunque en ocasiones le gustaría tener ciertas ventajas que considera posee el sexo femenino, además de percibir al género masculino como débil y sin capacidad para tomar decisiones.

Presenta una inteligencia en un rango III, lo cual significa que posee una capacidad intelectual término medio. No se detectó daño neurológico.

HISTORIA CLÍNICA

I. Ficha de Identificación

Nombre: AVSV

Edad: 25 años

Fecha de nacimiento: 2 de Diciembre de 1984

Sexo: Masculino

Estado civil: Soltero

Ocupación: Desempleado

Escolaridad: Lic. En administración de empresas.

Lugar de nacimiento: Morelia, Michoacán, México.

Lugar de residencia: Morelia, Michoacán.

Religión: Católica

Fecha de la entrevista: 13 de Septiembre de 2010

Fuente y fidelidad de la información: De la madre, padre y directa del paciente. La información se considera fidedigna.

- En la presente investigación se utilizará la palabra **USUARIO** ya que según la norma oficial mexicana **NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO**, es la palabra que se ha determinado para referirse a un paciente. Por cuestiones de redacción y pensando en hacer más amena la lectura del presente trabajo, se usará alternativamente la palabra sujeto.

II. Motivo de consulta

Manifiesto:

El usuario es llevado por sus padres a una institución psiquiátrica debido a que ha presentando conductas que ellos consideran fuera de lo normal y que además hacen que su vida y la de los otros corra peligro. “se sale en las noches sin decir a donde va, se pierde durante muchos días, se pone agresivo y dice muchas cosas sin sentido como que va a arreglar la tierra en tres días y que puede controlar las estrellas” sic. Tales conductas han tratado de ser controladas por los padres, pero al no tener una

solución decidieron que lo mejor era consultar con un especialista, el cual como parte de su tratamiento indica que es necesario que asista al área de psicología para que inicie un proceso terapéutico.

Latente:

El usuario presenta conductas que coinciden con los síntomas necesarios para diagnosticar una psicosis esquizofrénica de tipo paranoide con brote psicótico agudo en curso; síntomas tales como delirios de grandeza, místico religiosos y persecución, al mismo tiempo presenta alucinaciones sobre todo de tipo visual y auditivo.

Presenta altas y bajas de carácter y se exalta con facilidad, no existe ubicación en tiempo y persona, su lenguaje es coherente pero incongruente, verborreico y coprolalico.

III. Padecimiento o problema actual

Primer brote

El padecimiento comienza hace aproximadamente siete años, no se sabe exactamente la fecha de inicio, los padres mencionan que empezaron a notar conductas raras, tales como alteraciones constantes en los patrones de sueño “se la pasaba toda la noche despierto en la computadora” sic. Posteriormente cambiaron también sus hábitos higiénicos dejando de bañarse en varios días o bañándose con tal cuidado que sólo utilizaba jabones nuevos y se lavaba la cara constantemente; después comenzó a vestir de manera distinta, dejó de ir a la universidad, estaba en primer año de la licenciatura, la madre señala que en ese momento el tenía problemas con su actual novia ya que ella le dedicaba menos tiempo y se relacionaba más con otras personas.

Sus padres pensaron que tales conductas eran una situación pasajera, ocasionada por los problemas con su novia, pero esas actitudes continuaron, ahora manejaba su automóvil de manera muy agresiva y rápida, respondía de mala gana, se salía sin avisar y regresaba en la madrugada “cortó sus pantalones de mezclilla y en lugar de un

cinturón utilizaba un lazo y así se saltó a la calle” sic. Sus padres se preocupaban pero no consideraban que fuera algo de cuidado, hasta que cada vez se fue haciendo más continuo, llegó un punto en el que salió de su casa y se subió a la azotea solamente con ropa interior y comenzó a gritar, diciendo que iba a volar, su madre menciona que ella tenía mucho miedo de lo que él pudiera hacer, menciona que estaban ellos dos solos en casa, tiempo después llegó su papá y subió a la azotea con él para convencerlo de que bajara. Al mismo tiempo llamaron al 066 para pedir ayuda, llegó protección civil y dada la situación en que se encontraba V, se decidió llevarlo al hospital para su atención y control.

Fue llevado al hospital psiquiátrico “Dr. José Torres Orozco” dentro de la ciudad de Morelia, Michoacán, donde se realizó una valoración exhaustiva para poder determinar si contaba con las características necesarias para ser internado; durante la entrevista a los padres, señalaron que no entendían de donde había comenzado su conducta y dentro del hospital se les cuestionó seriamente sobre las costumbres de su hijo, si era adicto a alguna droga o si consumía algún tipo de bebida embriagante, ya que la percepción de los psiquiatras, era que se trataba de una alteración ocasionada por consumir algún tipo de sustancia, a lo cual ellos contestaron de manera negativa, continuaron cuestionándolos de manera un tanto inquisitiva según señalan los padres y durante el primer y segundo día de internamiento no les permitieron saber sobre su situación.

Dentro de las notas encontradas en el expediente clínico, los médicos señalan “conductas agresivas por parte del padre”, señalan que exigía verlo y que no estaba de acuerdo con lo que los médicos señalaban, ya que ellos afirmaban que el brote psicótico estaba derivado del consumo de sustancias.

La primera impresión diagnóstica de los médicos fue de TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE MÚLTIPLES DROGAS Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON TRASTORNO PSICÓTICO.(F19.5); diagnóstico

que no fue aceptado por el padre de V alegando que él consideraba era un trastorno de tipo orgánico, a lo que los médicos respondieron “es imposible que sea un daño orgánico debido a la manera en que se desencadenaron los síntomas” sic.

Estuvo internado aproximadamente dos semanas, en las cuales su conducta fue aislada y de aceptación al tratamiento farmacológico, aislado, poco participativo, con alteraciones de pensamiento, lenguaje incoherente e incongruente, soliloquios y pensamiento desorganizado, no aceptaba las entrevistas psicológicas.

Días después se observó una notable mejoría, existía conciencia de enfermedad, apego al tratamiento, lenguaje claro, pensamiento coherente y congruente por lo cual fue dado de alta en la segunda semana de internamiento.

Segundo brote.

A los diez días aproximadamente de haber sido dado de alta, fue llevado de nueva cuenta para su internamiento voluntario ya que nuevamente comenzaron las alucinaciones visuales y auditivas, pensamiento desorganizado, soliloquios, ideas delirantes, verborrea y coprolalia, aunque en esta ocasión estaba menos alterado.

Los padres señalaron que ellos consideran que su recaída se debió principalmente a la falta de apego al tratamiento ya que se rehusaba a tomar el medicamento.

En menos de una semana las alteraciones en la conducta se hicieron más notables y en esta ocasión se escapó de su casa y caminó durante mucho tiempo, no se sabe cuál es el rumbo que tenía o si era un rumbo en específico.

En esa ocasión, según señala la madre, fue encontrado por personal de protección civil, los cuales se encargaron de buscar a sus familiares, fue en ese momento donde ellos decidieron que fuera internado nuevamente.

Llegó con múltiples heridas en los pies y en pobres condiciones de aliño e higiene, ya

que estuvo perdido aproximadamente tres días antes de ser llevado al hospital.

Ya dentro del nosocomio estuvo en tratamiento durante aproximadamente un mes antes de ser dado de alta, su conducta en esta ocasión era un poco más agresiva, pero aceptaba platicar más con los psicólogos que en su pasado internamiento, mencionaba “mis heridas han sido sanadas y cuando salga de aquí ya está todo preparado para casarme con mi novia” sic. Ése era el tema más comentado por el usuario, no hablaba de otra cosa que no fuera su novia y su futura boda, según se menciona en el expediente, había ocasiones en las que platicaba con total aplanamiento afectivo, es decir sin cambiar su expresión facial pero al mismo tiempo derramaba lágrimas.

Después de que salió del hospital sus papás se enteraron que había terminado con su novia y ése era el motivo por el cual lloraba por ella continuamente.

Él siguió bajo estricto tratamiento psicológico, psiquiátrico y fue canalizado también a psicoterapia familiar, ya que para la familia resultaba difícil enfrentar la situación.

Logró rehabilitarse casi por completo, llegó un momento en que dejó de tomar su medicamento, pudo continuar su vida de manera casi normal, siguió con sus estudios y frecuentando a algunos de sus amigos.

En esta ocasión fue diagnosticado como TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ORGÁNICO (F07.0). Cabe destacar que al hacer la revisión del expediente es posible observar que durante el primer internamiento, los médicos utilizaron como argumento para defender un (F19.5) que no era posible que se tratara de un daño orgánico, debido a la forma paulatina en que se fue generando el brote psicótico.

Tercer brote psicótico

Siete años después aproximadamente se presenta un tercer brote psicótico, comenzó a tener alteraciones en los patrones del sueño, durmiendo aproximadamente de las 8 de

la noche a las 4 de la mañana, saliéndose a caminar a esa hora sin dan explicaciones, “comenzó a ser agresivo y su mirada era diferente” sic.

El brote psicótico coincide con dos sucesos importantes dentro de la vida de V. El primero, el fallecimiento de su tía (hermana de su madre) a la cual él quería mucho, la pérdida de su tía, resultó ser para V un suceso muy doloroso y difícil de comprender, ya que su tía era para él una figura que ofrecía cariño y comprensión, además de haber convivido con ella mucho tiempo durante su primer y segundo brote.

Por otro lado, en ese tiempo V había logrado entrar a trabajar a KONEXO como asistente de administración, trabajo en el que se sintió presionado por las exigencias del mismo, las cuales él no se sentía capaz de cubrir, lo anterior generaba tensión además de una constante desilusión porque V se exigía de más, al mismo tiempo la capacidad de socialización de V era poca o prácticamente nula, eso aunado a su falta de confianza en los demás, creaban un ambiente de trabajo hostil y difícil de soportar.

Después de tres meses de haber entrado a trabajar sus padres le ordenaron que renunciara a lo cual él accedió. Para ese momento los padres de V ya comenzaban a notar ciertas alteraciones en su comportamiento, situación por la cual tomaron la decisión de pedirle que saliera de trabajar, tratando así de evitar que se presentara un brote psicótico más fuerte.

A diferencia de los dos brotes anteriores, los padres se adelantaron a la situación pidiéndole que asistiera con el psiquiatra, a lo cual él se negaba y sólo pedía regresar con su terapeuta para poder platicar con ella. En ese momento el trabajo inicial de la terapeuta fue tanto la contención, como generar consciencia de enfermedad, de modo que se lograra fuera atendido y medicado para la disminución de su sintomatología psicótica. En esta ocasión se le atendió en el área de consulta externa, ya que sus conductas no implicaban una amenaza a su integridad o a la de otros; siendo diagnosticado esta vez con ESQUIZOFRENIA PARANOIDE (F20.0)

Durante el tiempo que él estuvo estable (entre el segundo y tercer brote psicótico), y pudo reintegrarse a sus actividades, comenzó una relación con una joven, con la cual sostuvo un noviazgo de aproximadamente tres años, tiempo en el que él presentó el tercer brote psicótico; ella aceptó seguir con él a pesar del estado en que se encontraba, pero para poder acompañarlo en muchas ocasiones ella entraba en sus ideas delirantes y alucinaciones, “yo puedo lograr conectarme con el universo y controlar los planetas cuando me conecto con las llaves de la regadera”, según señala su madre ella “le seguía la corriente” y a partir de eso lograba acercarse a él y poder acompañarlo, aceptaba además tener relaciones sexuales con él a pesar de que sus conductas sexuales no eran las más apropiadas, ya que su libido estaba muy elevada y no la controlaba, de manera que sostenían relaciones sexuales dentro de la casa de V, sin importar que la familia estuviera también en casa, sin moderar sus movimientos y sonidos.

De un momento a otro ella decidió dejar de ir a verlo y alejarse, él la esperaba constantemente, y al no verla, se generó en él inseguridad, desesperación, ansiedad, estados ambivalentes de ilusión y desánimo, que exacerban su sintomatología psicótica.

Hasta que un día la madre de V. decidió hablar con ella y le pidió que aclarara las cosas con él y que ella entendía si no quería estar con su hijo, pero que era necesario que este lo supiera para que no continuara esperándola. Ella hizo caso y habló con él, a lo cual él respondió con mucho enojo y tristeza. En ese momento su pérdida de realidad aumentó y sus delirios comenzaron a tener matices acerca del matrimonio, de tener hijos, en ocasiones llanto inconsolable y fuerte enojo.

Durante el tiempo que se trabajó con V, en una ocasión él llegó al hospital sin tener cita previa, buscaba hablar con su psicóloga ya que señalaba haber tenido un problema y necesitaba hablar con alguien, en ese momento su nivel de exaltación era elevado, su

mirada era muy fija, amenazante, su tono de voz grueso y de alto volumen, derramaba muchas lágrimas y reclamaba con enojo “si la gente se muere por mi culpa no me importa, yo lo único que quiero es ser feliz y estar bien con una mujer de la que me pueda enamorar, ¿qué no lo merezco?, ¡pero no me dan permiso!”. En ese momento se trabajó en bajar un poco su ansiedad y enojo, el logró hablar de cómo se estaba sintiendo, aún a pesar de la incongruencia en su discurso, era posible apreciar que él estaba molesto con sus padres porque no le permitían salir sólo de su casa.

IV. Área familiar

Para recolectar esta información fue necesario entrevistar a los padres de V. ya que en muchas ocasiones la información que él manejaba no estaba clara debido a sus delirios.

Por su parte V. señaló en varias ocasiones estar “cansado” del alcoholismo de su papá, alcoholismo que al momento de entrevistar a la familia fue negado, sin encontrar evidencia alguna de ello.

Durante una de las entrevistas llevadas a cabo con el padre de V, este señaló “últimamente estoy batallando mucho con él, porque quiere salirse a tomar cervezas y alcohol, yo no se lo permito y él lo sabe porque está en tratamiento pero se enoja mucho” sic. Es menester tomarme la libertad de interpretar en este punto la relación entre el delirio de V y la información señalada por el padre; pudiendo identificarse el gran enojo de V debido a que se le prohibió la ingesta de alcohol y en consecuencia la salida con sus amigos, situación que es difícil de comprender para V ya que debe quedarse la mayor parte del tiempo en su casa y no puede disfrutar de actividades que hacía anteriormente, por lo tanto la manera de él para poder “acomodarlo” en su psique, es a través de una proyección donde deposita en su padre todo aquello que él entiende como malo, pero que no puede detectar como propio, de esta manera logra agredir a una figura con la cual se siente enojado ya que no permite su gratificación inmediata y por otro lado logra quitarse el sentimiento de culpa por querer ingerir alcohol.

Entre los antecedentes personales patológicos de la familia se encuentra miopía y astigmatismo, gastritis e hipertensión. Dentro del área de salud mental sólo se mencionan características depresivas en su hermana menor.

Madre: YSA, vive, tiene 56 años de edad, nació el 24 de Octubre de 1954 en la ciudad de Morelia, Michoacán, México.

Licenciada en Derecho, trabaja en una empresa de servicios de agua en el departamento jurídico. Conoció a su esposo a los 27 años de edad, duraron un año aproximadamente de novios y a los 28 años contrajeron matrimonio, a decir de ella, deciden esperar un tiempo para tener hijos, de modo que pasan dos años solos, y después conciben a V. siendo el usuario un bebé planeado.

La madre de V menciona que durante todo su embarazo ella tuvo que estar muy al pendiente de su padre ya que este sufrió una trombosis y no había quien lo cuidara, ella señala que este suceso fue difícil de manejar para ella durante su embarazo, sobre todo porque el embarazo no le permitía moverse con la misma facilidad, además de sentir mucha angustia por la situación que vivía su padre.

Por otro lado, menciona que la relación con él durante su infancia fue cercana pero no pasaban mucho tiempo juntos ya que ella trabajaba todo el día. Actualmente señala que tienen buena relación pero que en ocasiones no logra tolerar todo lo que él dice y lo regaña constantemente o él se enoja con ella sin razón aparente.

La madre de V. durante la entrevista se portó amable y tranquila. Un tanto aplanada afectivamente, su expresión era siempre la misma, a pesar de llorar continuamente señalando sentir miedo de que algo que ella hizo mal pudiera haber sido la causa del problema de su hijo.

Su tono de voz es suave y su volumen bajo, hablaba lentamente; a pesar de ser una persona educada y amable, tiende a tener una personalidad intrusiva, es decir no respeta fácilmente el espacio vital de la gente, interrumpe constantemente la conversación y con actitudes un tanto hostiles a pesar de su llanto.

Por otra parte señaló que al momento del nacimiento debido a complicaciones con ella durante el parto no pudo cargarlo y estar con él sino hasta 24 horas después. En las cuales el llanto del bebé no fue atendido.

Padre: NV de 55 años de edad, nació el 25 de Mayo de 1954 en Morelia, Michoacán, México. Estudió dentro de un seminario para ser sacerdote durante algunos años, decidiendo retirarse a causa del inicio de la relación con su actual esposa. Terminó la licenciatura en Teología sin ordenarse como sacerdote. Enseguida estudió una maestría en educación y trabaja en una empresa de educación dentro del departamento de información.

Se casó a los 29 años de edad y al momento del nacimiento de su primer hijo, estuvo con él pero al mismo tiempo al pendiente de su esposa, no existen muestras de que su relación con V. haya sido cercana aunque él la describe como estable.

V durante la entrevista señaló que su padre siempre ha sido una persona muy estricta y que le ha exigido mucho. Al momento de platicar con el padre, él señala que sí había exigencia de su parte pero que nunca se consideró un padre que lo maltratara o lo amenazara; señala que durante la adolescencia si tuvo que ser un poco más estricto ya que V comenzó a bajar de calificaciones y “a partir del regaño las niveló” sic. Por otro lado menciona que durante el primer brote y en esta ocasión ha tenido que discutir en varias ocasiones con V ya que este decide salirse sin razón alguna de la casa y es siempre el padre quien acude en su búsqueda; lo cual genera que V se sienta más controlado por él que por su madre que no pone límites más estrictos como lo hace él. Siendo percibido en este punto mayor interés por parte del padre que de la madre para

que V pueda mejorar.

El padre de V señala que él trata de que V en ocasiones no diga “tantas cosas que no son” ya que considera que de esta manera puede ayudar a que disminuyan las ideas delirantes y alucinaciones.

Durante las entrevistas que hubo con el padre de V, el se comportó siempre de manera muy amable y atento, aunque en la mayor parte de las ocasiones le costaba trabajo soltar el control de la entrevista de manera que se tuvo que trabajar con límites muy claros que no generaran desviación en el tema.

Es una persona que maneja un lenguaje lento, claro, con tono de voz grueso y volumen bajo, con comentarios que varias ocasiones no son congruentes con el tema a tratar, interrumpe fácilmente y normalmente su postura es rígida y defensiva, además de que no conoce muchos datos acerca de su hijo sobre todo desde su nacimiento hasta antes del primer brote psicótico.

Hermana: ASV de 23 años de edad, nació el 6 de Julio de 1988 en Morelia, Michoacán, México. Estudia la licenciatura en letras y literatura prehispánica, es soltera, aún vive con sus padres y hermano.

Su relación con V desde su nacimiento ha sido muy cercana, durante la infancia él siempre la cuidaba y procuraba que estuviera bien atendida mientras sus padres no estaban, ya en la adolescencia continuaron siendo amigos e incluso compartiendo el mismo círculo social, salían a fiestas juntos, y se cuidaban mutuamente. Antes de que se diera el primer brote de V, ellos estaban distanciados ya que él prefería pasar tiempo con su novia y con los amigos de esta.

En el transcurso del primer brote, ella fue una de las más afectadas ya que la situación la deprimió mucho, por lo cual fue canalizada a psicoterapia individual, la cual abandono por decisión propia poco tiempo después.

Fue a partir de este momento que la situación entre los hermanos cambió de manera que su relación no ha vuelto a ser tan cercana, ella se ha dedicado a sus propios intereses y su convivencia es poca.

A se describe de carácter fuerte, con poca paciencia, señalando que procura no pensar en la situación de su hermano porque la deprime mucho no poder hacer nada por él.

La relación con la familia materna de V es muy cercana, durante los brotes psicóticos que ha presentado, se ha escapado en varias ocasiones, de las cuales por lo menos en la mitad ha sido encontrado en casa de una de las hermanas de su mamá donde se siente bien atendido y comprendido tanto por su tía (antes de que esta falleciera) como por sus primos hasta la fecha.

V. Datos evolutivos

V nació un 24 de Octubre de 1986, nace después de dos años de matrimonio, fue un embarazo planeado. La madre de V señala que durante el embarazo él se movía mucho.

El parto estaba planeado para el 23 de Diciembre, pero se adelantó y fue el 2 de Diciembre, nació vía cesárea dentro del Hospital Civil de Morelia, Michoacán. Obtuvo una calificación de 8 en apgar, debido al adelanto del parto, sus pulmones no eran aún lo suficientemente maduros, fue llevado a la incubadora y a su madre no le fue posible verlo, además de que ella también tuvo que ser atendida por una serie de complicaciones, siendo así que pudo estar con su hijo hasta 24hrs después del parto, tiempo durante el cual V lloraba constantemente y su llanto no fue atendido, existía cuidado por parte de las enfermeras pero no era posible estar pendiente de él y a su madre no le fue posible cargarlo.

Gateó a los 9 meses y empezó a caminar a los 10 meses aproximadamente, después se cayó de la andadera lo cual lo asustó un poco y caminaba con miedo, eso lo hizo retrasarse un poco en su aprender a caminar, después tomó confianza de nuevo y siguió caminando.

Su madre señala que comía de manera regular, “no era complicado lograr que comiera y menos cuando ingresó a la guardería porque lo enseñaron a comer” sic.

Dijo sus primeras palabras también a los 9 meses, (agua, papá, mamá).

Comenzó control de esfínteres al año y medio aproximadamente sin problemas aparentes.

Durante la primera infancia fue un niño reservado, tranquilo, poco sociable, cuando se golpeaba o sentía dolor se aguantaba el llanto hasta más no poder y sólo soltaba un grito.

Durante la niñez comenzó a ser un poco más sociable, aún así sus actividades predilectas eran en solitario, tales como coleccionar cosas, o armar y desarmar juguetes. Existía también mucha convivencia con su hermana menor a la cual cuidaba con mucho cariño, intentaba hacerle de comer, buscaba que estuviera bien y trataba de cumplirle todos sus caprichos.

Durante la adolescencia fue un joven poco dedicado a la escuela, pero no llegó al grado de reprobado año, socializaba un poco más, sobre todo con su familia materna (primos, tíos) gustaba mucho de contarles chistes y hacer cosas graciosas para hacerlos reír.

VI. Adolescencia

Durante la niñez y adolescencia tuvo una piedra que recogió en algún lugar y de tanto jugar con ella la dejó lisa. Aumentó su gusto por coleccionar diferentes cosas y comenzó a ser muy detallista, meticoloso, ordenado y disciplinado, al mismo tiempo se volvió servicial y acomedido.

Su relación con sus padres era poco cercana, sobre todo con su papá que era muy

estricto con él, esta situación era difícil de entender para V.

Durante este tiempo tuvo a su primera novia formal (16 años), y con ella comenzó a consumir alcohol y tabaco de forma constante.

Se relacionaba bien en la preparatoria, su grupo de amigos solía ser de personas intelectuales y pensadoras. Bajo influencia de ellos decidió ingresar a una logia masónica en la cual estuvo durante un año aproximadamente.

Ingresó junto con su hermana a una asociación que buscaba ayudar a personas de escasos recursos, su convivencia era muy cercana, compartían los mismos amigos e iban a los mismos lugares juntos.

VII. Área escolar

- Preescolar: Ingresó a la guardería a los 9 meses de edad, debido a que sus padres trabajaban y no tenían con quien dejarlo, ahí permaneció hasta que tuvo edad suficiente para comenzar a ir al kínder.

Comienza a asistir al jardín de niños a los 4 años, en una escuela particular donde la atención era casi personalizada y con grupos reducidos. Asistía desde las 7 de la mañana hasta las 2 de la tarde aproximadamente.

- Primaria: comenzó la primaria a los 5 años de edad, debido a que por su mes de nacimiento era complicado que coincidiera con la edad. Durante el cambio de preescolar a primaria V presentó enuresis debido a que le fue difícil adaptarse ya que ingresó a una escuela pública, donde la atención no era la misma además de sentirse extraño por ser más chico.

Fue un niño de calificaciones regulares, y con habilidades en materias abstractas como matemáticas.

Durante el primer año de primaria, su maestra regañó al grupo y dio un “manotazo” en su banca, lo cual generó en él mucho temor, según señala la madre, a partir de ese momento él comenzó a comerse las uñas.

La madre de V señala que este suceso fue comentado por V hasta un año después de sucedido, según la madre él lo recuerda claramente y se asocia a su onicofagia. Fue un niño reservado, con pocos amigos, algunos los conserva hasta la fecha.

- Secundaria: durante la secundaria no llevó buenas calificaciones, era poco sociable, se relacionaba más con sus primos y tías.

Durante el segundo año de secundaria reprobó una materia, lo cual le ocasionó fuertes problemas con su papá ya que él le exigía mucho y no estaba de acuerdo con calificaciones reprobatorias. V logró pasar la materia sin problema; sin embargo la relación con su padre no era la más funcional para ellos, su comunicación se volvió casi nula y V comenzó a manifestar resentimiento hacia su padre.

- Preparatoria: Durante la preparatoria su nivel de socialización fue mayor que en escuelas anteriores y a partir de esas relaciones comenzó a asistir a un grupo de interés social, y a una logia masónica, además comenzó a ingerir tabaco y alcohol de manera cotidiana, principalmente consumidor de tabaco.

En el último semestre de la preparatoria eligió el bachillerato de ingeniería ya que él tenía la intención de estudiar ingeniería civil.

- Universidad: al terminar la preparatoria él había elegido la carrera de ingeniería civil, pero una vez estando inscrito se arrepintió señalando que le interesaba más la administración, por lo cual decidió cambiarse, inscribiéndose en la facultad de contaduría y administración. Cursó el primer semestre de su carrera de forma normal hasta que comenzó el primer brote, con el cual él dejó de asistir a clases, su padre señala “lo dejaba en la puerta de CU y después me enteraba que no había

entrado a clases, después lo dejaba y lo seguía, no entraba a clases, sólo caminaba sin rumbo”.

Después de que logró recuperarse de los dos primeros brotes se reintegró a la escuela logrando terminar su carrera de manera aceptable, titulándose como Licenciado en Administración de Empresas.

VIII. Área laboral

Poco tiempo después de haberse titulado comenzó a trabajar en una empresa, en la cual laboró hasta presentarse su tercer brote, según señala su madre, la presión del trabajo ayudó en cierta parte a que se presentara el brote.

No se tienen datos precisos acerca de sus relaciones con sus compañeros de trabajo, sólo se sabe que a V le resultaba difícil el relacionarse y las exigencias en cuanto al cumplimiento de actividades eran situaciones que frustraban mucho a V ya que no podía cumplirlas tal como se lo pedían. Según señala su madre, él tenía la idea de conservar un trabajo estable para poder casarse con la que en ese momento era su novia, pero después sus padres observaron que no era prudente que continuara trabajando ya que se alteraba mucho, por lo cual le pidieron que renunciara, lo cual él aceptó, sin embargo fue y continúa siendo una situación difícil de asimilar para V, ya que salirse de trabajar le implica el no poder continuar con sus planes a futuro.

IX. Relaciones interpersonales

Como se mencionó anteriormente, es una persona con dificultades para socializar, lo logra pero prefiere mantenerse aislado y sólo conservar unos cuantos amigos, que según su familia tampoco han sido del todo cercanos. El padre señala que en más de alguna ocasión, cuando estando en brote V pedía salir con sus amigos, ellos mismos eran los que provocaban que V consumiera alcohol, tomando su enfermedad a manera de juego; en otras ocasiones él decidía retirarse de la fiesta sin que hubiera alguien que pudiera detenerlo.

El padre de V señala que le da miedo permitirle a V que salga a la calle, pero por otro lado tampoco considera justo que no pueda salir y convivir con personas de su edad.

Por otro lado, V logró generar un vínculo intenso principalmente con cuatro mujeres, su hermana, su tía (hermana de su mamá) y con sus dos novias (cada una en su momento). Con las cuatro existía una fuerte dependencia, principalmente hacia su tía y sus novias.

Justo antes de que se desencadenara el tercer brote su tía falleció y durante la etapa más fuerte su novia decidió terminar su relación.

Estas pérdidas hasta la fecha son mencionadas con regularidad en V. principalmente la de la pérdida de su novia más reciente.

X. Área sexual

Inició la pubertad a los 12 años aproximadamente con cambio de voz, crecimiento de vello facial, púbico y axilar. La madre de V. señala que lo único que recuerda, era que a V le daba vergüenza su cambio de voz.

Comenzó a fantasear y tener sueños húmedos a los trece años aproximadamente, poco tiempo después comenzó a masturbarse con poca frecuencia, dos o tres veces por semana.

Presenta total identificación con el sexo masculino y manifiesta sentirse atraído por todas las mujeres, aunque durante la aplicación del MMPI-2 cuando se le preguntó si le gustaría ser mujer, el mencionó “yo puedo ser quien yo quiera”, unas preguntas más adelante señaló estar embarazada.

Inició su vida sexual a los 18 años, ha tenido dos parejas sexuales, ambas mujeres.

Con la última pareja que tuvo, realizó prácticas sexuales con frecuencia y sin un control de sus impulsos es decir, cada vez con más frecuencia, menos inhibición, dentro de la casa de V sin importar el volumen de sus ruidos o los movimientos bruscos que pudieran hacer.

XI. Vida marital.

Noviazgos: tuvo su primera novia formal a los 18 años, con la cual duró aproximadamente dos años, con ella inició su vida sexual activa y aumentó su consumo de alcohol.

La relación de ellos terminó justo antes del primer brote psicótico, fue un momento difícil para él, durante el primer brote según notas escritas por los psicólogos que lo atendieron durante su estancia en el hospital psiquiátrico, V mencionaba constantemente que su novia lo estaba esperando y que se casarían cuando él saliera de ahí, no hablaba de otra cosa.

Después de haberse recuperado del segundo brote comenzó a salir con otra mujer que se convirtió en su novia, duró con ella dos años y medio aproximadamente.

La relación entre ellos dos terminó porque ella vivió con él el tercer brote psicótico, y a pesar de sus intentos por seguir con él no pudo soportarlo, por lo que decidió alejarse; el problema empezó cuando ella por miedo a terminar la relación no le dijo nada y sólo dejó de visitarlo, en ocasiones le llamaba por teléfono y prometía iría a visitarlo pero nunca lo hizo.

La madre de V menciona que llegó un momento en el que decidió hablar con ella y pedirle que no lo buscara más y no le prometiera cosas que no le iba a cumplir y así sucedió, ella dejó de buscarlo.

Hasta el momento él en su discurso coherente e incongruente la menciona con

frecuencia y señala que el sólo “quería ser feliz, casarse y tener un hijo”.

XII. Farmacodependencia

- Alcohol: tiene prohibido su consumo desde que está en tratamiento, aunque en varias ocasiones ha consumido cerveza o diferentes tipos de bebidas alcohólicas, cuando sus padres se lo prohíben el reacciona con molestia alegando “qué tiene de malo”.
- Tabaco: consume alrededor de una cajetilla y media diaria, sus padres intentan que disminuya el consumo pero él se rehúsa a dejarlo. Menciona que es el único vicio que puede tener y que quiere seguir consumiéndolo, pero esto le ha generado ya fuertes problemas con sus pulmones y estómago.

XIII. Comportamiento antisocial

Durante su primer brote psicótico, en una ocasión al haberse fugado de su casa intentó entrar a una tienda departamental y fue detenido por unos policías, los cuales dieron aviso a su familia. No se tiene conocimiento de ningún otro comportamiento antisocial o delictivo por parte de V.

XIV. Examen mental

Usuario del sexo masculino, de 25 años de edad, coincidiendo su edad cronológica con su edad aparente.

Su aliño es regular, viste un pantalón de mezclilla y una playera color café, zapatos formales un tanto sucios, su cabello se nota un tanto despeinado, no está rasurado. Su ropa está aparentemente limpia.

Su higiene es buena, señala bañarse todos los días y no parece haber detalles que demuestren lo contrario.

Su postura es encorvada, lo cual genera que su abdomen se vea un tanto pronunciado,

pero en general es de complexión delgada y de altura promedio (1.75 aprox.). Su marcha es lenta, con pasos firmes y largos.

Su expresión facial comúnmente es de alerta, presta atención a cada una de las palabras que se le dicen, en ocasiones cuando él habla se presenta labilidad, es decir cambia del llanto a las sonrisas en un instante, del mismo modo cuando habla de alguna situación gesticula con regularidad, sobre todo cuando se trata de narrar algo que lo hace enojar.

Se muestra amable y accesible ante la entrevista, aunque en algunas ocasiones alcanza a percibir hacia donde se está guiando la entrevista y cambia de tema repentinamente.

Su estado de conciencia está exaltado la mayor parte del tiempo, presenta alteraciones en los patrones de sueño, es fácilmente irritable, y presenta varios delirios, entre los principales están; la idea fija de pintar el cielo de azul todos los días y la economía de verde, además de sentirse muy mal ya que él siente que si la gente se muere es por su culpa, señala también que es alguien muy poderoso, al mismo nivel que Dios, ya que es hijo del chamán más importante y de una de las mejores brujas, considera que es fácil jugar con la lluvia y elegir qué lugares se inundarán, reconoce hacerlo por diversión aunque sabe que es malo, menciona que cuando tiene ganas de jugar con el universo “solo basta con conectarme con él a través de las llaves de la regadera, tú nunca lo has hecho??”.

Existe ubicación en dos esferas del pensamiento: espacio y tiempo. En lo que a ubicación de en persona respecta hay ocasiones en las que refiere que él puede ser quien quiera, o señala ser una mujer y un hombre al mismo tiempo.

Su lenguaje es claro y fluido, su tono de voz es grueso con volumen moderado, en ocasiones. Su pensamiento es coherente e incongruente, ya que las ideas que

describe tienen una hilación y algunas veces hasta una lógica, pero están totalmente fuera de la realidad.

Normalmente los estados de ánimo que manifiesta son congruentes con sus afectos, pero puede pasar de la alegría al llanto sin que haya un estímulo aparente que genere el cambio.

Durante la entrevista se muestra bastante tranquilo, pero sabe exactamente a qué hora termina la sesión y a partir de ese momento se comienza a inquietar ya que tiene un síndrome de dependencia hacia el tabaco, el cual le permite calmar su ansiedad de tipo oral, así que tiene la necesidad imperiosa de salir a fumar.

Es una persona que hasta hace unos siete años era independiente casi por completo, podía tomar sus propias decisiones y hacer las cosas que le gustan, en este momento de su vida no es capaz de tomar las mejores decisiones, lo cual ha orillado a los padres a prohibirle que haga ciertas cosas que solía hacer antes, generando en él un sentimiento profundo de cólera e impotencia que en ocasiones es difícil de controlar.

A pesar de lo anterior, busca constantemente tener una actitud optimista, la cual se ve derrumbada rápidamente cuando se entra en una plática más profunda con él, es posible notar falta de fuerza para enfrentar las situaciones que lo hacen sentir mal.

Dentro de sus tendencias paranoides él señala tener muchos amigos pero no confiar en nadie, menciona que la gente se le acerca porque saben que él es capaz de hacer muchas cosas, de ser el personaje que él desee, ha sido el director técnico de los monarcas, presidente de la república y asegura que todos hablan constantemente de él y de lo que hace.

Su memoria a corto y largo plazo se encuentran intactas, su prueba de inteligencia arrojó como resultado un coeficiente intelectual ubicado dentro de los parámetros

normales.

El se describe como una persona totalmente sociable, que puede relacionarse con cualquier persona, pero al ser observado es posible reconocer que sus habilidades de socialización son pocas y que pasa la mayor parte del tiempo aislado.

El reconoce que tiene una enfermedad, sabe que está bajo un tratamiento psiquiátrico y lo identifica como una depresión, pero menciona que en el momento que él desee se cura y todo vuelve a ser como antes.

Cabe destacar que en este punto de su brote psicótico no reconoce abiertamente la presencia de alucinaciones visuales o auditivas. Fue posible detectarlas debido a que uno de sus arranques de enojo señaló “estoy harto de que la gente se muera por mi culpa, ya nada me va a importar y aunque siempre me estén diciendo – matate, matate! – no les voy a hacer caso, quiero vivir mi vida”, al mismo tiempo señala que se siente muy mal de escuchar junto con la lluvia el llanto de los niños que han muerto.

3.2.1 Diagnóstico nosológico principal

DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL

Es necesario hacer mención, de que dentro de la elaboración de este diagnóstico se estarán usando al mismo tiempo los códigos del DSM-IV-TR y CIE-10, ya que el diagnóstico multiaxial como tal, es parte del DSM-IV-TR, pero por ser un caso manejado dentro de la Secretaria de salud se utilizará también el código internacional de enfermedades, con el fin de un mayor entendimiento.

- **Eje I. Trastornos clínicos:**
 - F20.0 (295.30) Esquizofrenia paranoide con síntomas residuales interepisódicos y síntomas negativos presentes.
 - F17.2 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco. Síndrome de dependencia con signos de abstinencia.

- **Eje II. Trastornos de la personalidad, retraso mental:** Interrogadas y negadas.

- **Eje III. Enfermedades médicas:** Bronquitis crónica debido al uso y abuso de tabaco.

- **Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales:**
 - Z63.7 Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan la familia y la casa. (292) Problemas de relación

 - Z63.1 Problemas paterno-filiales. (293)

Durante el último año existieron diversos factores sociales, tales como:

- ❖ Fallecimiento de una de sus tías más cercanas, hermana de su mamá, fue una situación difícil de manejar para el usuario.

- ❖ Después de haber estado laborando durante tres meses aproximadamente, tuvo que abandonar su trabajo, debido a que generaba en él un estrés imposible de manejar para él.

- ❖ Al iniciar el tercer brote psicótico, la que en ese momento era su novia decidió terminar su relación, hecho que para el usuario resultó muy difícil de asimilar, ya que existía un plan de vida juntos.

- Eje V. **Evaluación de la actividad global:**
 - EEAG= 35 (actual)

***Nota: A partir de este punto, en ocasiones se hará referencia solamente al primer y segundo brote psicótico, debido al poco tiempo que hubo de diferencia entre el primer y segundo brote, sólo serán considerados como uno y el tercer brote será tomado como el segundo.**

3.3 EJE III. AMBIENTE HOSPITALARIO

IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS	ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO
<p>Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas y otras sustancias psicoactivas con trastorno psicótico. (F19.5).</p> <p>Fecha de ingreso: 2 de Octubre de 2005.</p> <p>Fecha de egreso: 10 de Octubre de 2005</p>	<p>El primer diagnóstico fue elaborado por el médico psiquiatra en turno, el cual consideró que la condición se debía al uso de sustancias, sin embargo después de realizar los estudios correspondientes, el resultado fue negativo.</p> <p>En esta ocasión el padre del usuario señalaba la posibilidad de que se tratara de un daño orgánico, sin embargo el médico rechazó tal posibilidad, señalando que por la forma en que se había comenzado a desarrollar el brote era imposible.</p> <p>Durante su estancia se mostraba con aplanamiento afectivo, apatía, poco accesible, no participaba en los trabajos grupales ni en las entrevistas individuales.</p> <p>Se logró controlar el brote y fue dado de alta por mejoría.</p>
<p>Durante su segundo brote psicótico fue diagnosticado con de la trastorno de la personalidad orgánico (F07.0).</p> <p>Fecha de ingreso: 25 de Octubre de 2005</p> <p>Fecha de egreso: 25 de Noviembre de 2005</p>	<p>Una semana y media, después de haber sido dado de alta, fue reingresado al hospital, en esta ocasión, los médicos dieron un diagnóstico distinto (F07.0).</p> <p>Estuvo en internamiento un mes aproximadamente. Los médicos señalan que su reingreso se debió a su constante negativa por seguir el tratamiento, sin embargo en esta ocasión fue diferente ya que hubo apego al</p>

	<p>tratamiento y poco a poco fue mostrando mejoría, de manera que participaba en las terapias grupales y accedía a la entrevista individual, sin embargo continuaba presentando ideas delirantes en menor grado.</p> <p>Después de haber sido dado de alta, fue canalizado al área de psiquiatría y de psicología clínica en consulta externa, los cuales dieron seguimiento de su caso.</p> <p>En el área de psicología clínica se le asignó una terapeuta familiar y una psicoterapeuta individual. Al mismo tiempo era atendido por un psiquiatra una vez al mes aproximadamente.</p>
<p>Se da de alta en internamiento, y continua continua en consulta externa sin embargo sus padres deciden viajar a Cuba en busca de una segunda opinión. Se desconoce el diagnostico que se le hizo en aquel país.</p>	<p>Dos semanas después de haber sido dado de alta por segunda ocasión, sus padres deciden buscar una segunda opinión en Cuba.</p> <p>Tal decisión fue consultada con sus terapeutas las cuales estuvieron de acuerdo.</p> <p>Cuando regresó de Cuba, según señalan en el expediente, los padres de V regresaron muy contentos con el resultado, V se encontraba mucho más controlado y con estricto apego al tratamiento.</p> <p>Por otro lado a pesar de estar en control médico, continuó en tratamiento terapéutico tanto individual como familiar, aproximadamente durante un año.</p> <p>Tiempo después fue dado de alta del área de psicología y en psiquiatría se mantuvo con cita abierta.</p>

<p>Se diagnostica con Esquizofrenia paranoide (F20.0) Fecha: 27 de Mayo de 2010</p>	<p>Cinco años después se presenta un tercer brote psicótico, provocado por 3 factores principalmente, la muerte de una de sus tías más cercanas, estrés laboral y el rompimiento con su en ese entonces actual pareja.</p> <p>Los padres de V notaron casi de inmediato los síntomas que indicaban el comienzo de un brote psicótico, se alteraron sus horarios de sueño, comenzó con conductas extrañas y sobre todo con ideas delirantes.</p> <p>Al notar tal situación decidieron llevarlo al hospital con el médico para que lo revisara y de ser necesario fuera internado, sin embargo V se negó rotundamente, accediendo solamente a hablar con la que había sido su terapeuta individual hace tiempo.</p> <p>Al mismo tiempo su mamá intentaba darle el medicamento mezclado con los alimentos. (El mismo esquema que había seguido anteriormente).</p> <p>Durante las primeras sesiones una parte importante estuvo enfocada en convencer al usuario de que accediera a reiniciar tratamiento con su médico psiquiatra. (Conciencia de enfermedad).</p> <p>Se establece el diagnóstico de esquizofrenia paranoide.</p>
---	---

3.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

EJE I. ESQUIZOFRENIA

Dentro de este estudio de caso fue posible identificar la presencia de alucinaciones de dos tipos, visuales y auditivas.

En lo que a las alucinaciones visuales corresponde se tienen, los datos arrojados a través de la revisión del expediente clínico, en el que se señala que el usuario refería haber visto a unos policías que lo seguían mientras él caminaba sin rumbo; durante la observación directa y la realización de la historia clínica no hubo manifestación alguna por parte del usuario de tener algún tipo de alucinación visual, es importante también tomar en cuenta que incluso se le preguntó directamente si veía a alguien o escuchaba algo, a lo cual respondió de manera negativa, pero por otro lado también aceptó el hecho de que justo durante el tiempo de la investigación él alcanzaba a reconocer perfectamente si lo que veía o escuchaba era real y al mismo tiempo alcanzaba a identificar que no era bueno comentarlo con los demás porque los demás no lo escuchaban o veían.

Por otro lado, en cuanto a las alucinaciones auditivas V reconoció que desde que empezó su enfermedad él escucha el llanto de niños al caer las gotas de lluvia. Nunca refirió abiertamente escuchar voces que se comunicaran con él, no obstante, durante una sesión que no estaba programada él llegó al hospital señalando haber tenido un problema y buscando hablar con alguien, se consideró la situación y se decidió atenderlo.

Durante esa sesión el estaba muy alterado, decía estar muy enojado porque los políticos hacían lo que querían y no lo dejaban ser feliz, cambiaba constantemente del enojo al llanto y en una de las ocasiones mientras lloraba decía haber tomado una decisión “ya no me va a importar lo que pase, yo voy a vivir mi vida y aunque siempre

me estén diciendo ¡MATATE! ¡MATATE! Yo no les voy a hacer caso”. Fue solamente en ese momento donde se olvidó de negar la presencia de alucinaciones auditivas y comentó escuchar una voz que le dice que se mate cuando se siente culpable por hacer lo que desea.

Durante todo el proceso del estudio de caso se detectaron diversas ideas delirantes a través de las pruebas y del discurso del usuario, entre las cuales la principal está relacionada con su omnipotencia, ya que constantemente señala ser el responsable de todas las muertes en el mundo, controlar los cambios climáticos, pintar todos los días el cielo de azul y la economía de verde. Cabe destacar que el menciona estar cansado de hacerlo pero es su trabajo.

Señala también tener la capacidad para castigar a los políticos y más cuando se enoja con ellos, considera también que en el momento que lo desee será técnico de los monarcas.

Por otro lado decía ser el culpable del terremoto de la ciudad de México en 1985. En sus ideas mesiánicas, él considera ser lo más cercano a un Dios, porque piensa que Dios no existe; por otro lado, firmemente cree que su papá es un chamán muy fuerte y su mamá la bruja más poderosa, motivo por el cual en 1985 ambas familias se peleaban por saber a quién pertenecería él, ya que podría llegar a ser el chamán más poderoso, quien pudiera controlar el mundo, generando así que temblara fuertemente.

Lo anterior lo ha llevado en consecuencia a sentirse sumamente culpable de todo lo que sucede en el mundo, ya que él es a su juicio, quien controla todo, aunque en ocasiones señala “yo soy quien tiene el poder, pero el hombre es el que decide”.

Durante el primer brote tuvo delirios de persecución refiriendo que lo seguían unos policías.

También es posible observar, una idea delirante de tipo nihilista en la cual él siente que se está desintegrando poco a poco, anhelando incluso la muerte, ya que se considera muerto en vida. Incluso escribió un poema donde dice “Bendita muerte, anhelada, dulce, que en ti el ser no es”.

Presenta también ideas de culpa, mencionando que se siente muy mal de ver las noticias de todo el mundo y ver que se mueren muchos niños, refiere que él es el culpable, sin embargo, no puede hacer nada, ya que quien decide es el hombre.

Por otro lado, sus ideas fantásticas le hacen pensar que al tocar las llaves de la regadera puede viajar a distintas galaxias y controlar el cielo “solo basta cerrar los ojos”.

Durante una sesión que no estaba planeada el mencionó sentirse muy enojado, fue en ese punto donde se mostró lábil, pasando fácilmente de la risa al llanto constantemente; al finalizar la sesión el aplanamiento afectivo estaba presente de nuevo.

Su familia menciona que normalmente en casa se encuentra aislado, no habla mucho, y no han logrado identificar una expresión facial con la que puedan reconocer si está enojado o contento. Señalan que son muy pocas las ocasiones en las que ríe con ellos. Durante la gestación de V, la madre estuvo ocupada atendiendo a su papá que estaba enfermo y se angustiaba con facilidad. Recuerda que durante todo ese tiempo V se movía mucho.

Al nacer V y comenzar a llorar, no pudo ser consolado por su madre, debido a que nació antes de tiempo y tuvo que ser llevado a una incubadora. Por otro lado su madre también tuvo algunas complicaciones, de manera que pudo estar con él hasta el siguiente día.

Durante la niñez de V la relación con su madre fue cercana pero fría, es decir, estaban juntos porque ella tenía que cuidarlo, no obstante no había una relación afectiva fuerte. De manera que, la relación con su madre es simbiótica, ya que siempre ha buscado refugiarse en ella, porque se siente inseguro e indefenso. A pesar de no estar cerca de ella, durante toda su vida ha tenido la fantasía de algún día poder encontrar la protección, fortaleza y el cariño que necesita para no sentir que se desborda.

De alguna manera después de que comenzó de la enfermedad de V, su madre ha estado al pendiente de él, sin embargo no ha sido ella la principal figura que brinda contención; ese papel ha sido desempeñado por su padre.

Mecanismos de defensa

- Escisión: es posible detectarla cuando él habla de ser una persona y firma como otra o se ubica siendo alguien diferente. No le es posible integrar sus impulsos con sus afectos.
- Omnipotencia y devaluación: se identifica en distintos momentos cuando él considera ser capaz de hacer lo que desee, cree firmemente que él es quien controla el cielo, la economía, la muerte y la lluvia; al mismo tiempo se siente totalmente culpable e impotente porque no es capaz de hacer nada por cuidar a los demás y nadie lo comprende.
- Identificación proyectiva: se detecta cuando V señala estar muy enojado a causa del alcoholismo de su padre, cuando en realidad el deseo de ingerir alcohol es de él.

Negación: se identifica cuando él no es capaz de reconocer que existen situaciones en las que no es posible tener el control.

Su primera relación de pareja formal, comenzó a los 18 años aproximadamente, él se volvió una persona completamente dependiente de su novia y pronto comenzó a imaginar una vida juntos. Ella por su parte socializaba mucho, asistía continuamente a

fiestas y reuniones donde la ingesta de alcohol y tabaco eran parte de la socialización, situación por la que V comenzó a fumar y consumir alcohol de manera cotidiana.

Al darse el primer brote, ella decide dejarlo, situación que para V fue muy difícil de reconocer y de superar. En sus fantasías hablaba constantemente de ella y de que pronto se casarían, sin embargo ya no eran una pareja.

Durante la etapa residual que duró aproximadamente siete años, V comienza una relación, la cual continuó por algún tiempo después de que se presentara el segundo brote psicótico.

En ese momento la relación entre los dos se tornó diferente, ella en su intento por acompañarlo y entenderlo parecía seguirle la corriente, de manera que aceptaba comportarse del mismo modo que él, llegando a tener relaciones sexuales con él a pesar de estar su familia en la misma casa.

En algún momento ella decidió alejarse, aconsejada principalmente por sus padres. Lo anterior resultó en un problema mayor, ya que ella constantemente llamaba a V por teléfono para saber cómo estaba y prometía ir a visitarlo, tales promesas nunca eran cumplidas y en consecuencia V sufría mucho, siempre estaba esperándola.

Un día la madre de V decidió hablar con ella y pedirle que si ya no iba a continuar su relación, por lo menos fuera sincera con él y así él no estuviera esperándola siempre.

Después de ese momento V no volvió a saber nada de ella, no obstante siempre la recuerda con tristeza y expresa su enorme deseo de tener una novia, poderse casar y tener hijos.

Desde el principio de su vida estudiantil, V fue una persona de calificaciones regulares, sin embargo era cumplido; presentaba especial interés por materias abstractas.

Tenía también un especial gusto por armar y desarmar aparatos para ver cómo funcionaban, volviéndose así una persona muy obsesiva y metódica.

En una ocasión en el primer año de primaria, su maestra golpeó su escritorio y él se asustó mucho, a partir de ese momento comenzó a morderse las uñas. No comentó nada a nadie sino hasta un año después.

Durante la secundaria no llevó buenas calificaciones, reprobó una materia y tuvo que presentar un examen extraordinario, en ese momento su padre lo regañó fuertemente y la relación entre ellos dos, se volvió fría y distante.

En la preparatoria sus calificaciones mejoraron ya que regresó su gusto por materias como física y matemáticas. Llevándolo a elegir el bachillerato de físico matemáticas, de manera que pudiese más adelante estudiar ingeniería civil.

A finales de su adolescencia y comienzos de la edad adulta empezó a socializar un poco más ingresando a una logia masónica donde convivía con jóvenes pero principalmente con adultos; por otro lado también se incorporó a un grupo con un enfoque social, en el cual buscaban ayudar a personas con escasos recursos, cabe señalar que en este grupo ingresó al lado de su hermana.

Al ingresar a la universidad se dio cuenta de que eso no era lo que realmente quería y se inscribió en la facultad de contabilidad y administración, eligiendo la licenciatura en Administración de Empresas.

Durante el primer semestre de su carrera se presentó el primer brote psicótico, el comenzó a aislarse y dejó de asistir a clases.

Al comienzo del primer brote el continuaba relacionándose con amigos de su novia y con algunos compañeros de la universidad, sin embargo poco a poco comenzó a aislarse, dejó de asistir a clases. Su padre señala que lo dejaba afuera de la escuela y él se iba caminando sin un rumbo definido.

Llegó un punto en el que estaba totalmente aislado, sin hablar con nadie y con delirios de persecución, los cuales iban acompañados de alucinaciones visuales donde se vivía perseguido por policías.

Únicamente mantuvo contacto con sus primos y con un amigo de la primaria, incluso la relación cercana que tenía con su hermana se fracturó.

Después del primer episodio psicótico, durante la etapa residual, que duró aproximadamente siete años, él pudo relacionarse de manera superficial con sus compañeros de escuela. Era capaz de convivir con ellos pero ninguna de sus relaciones implicaba un vínculo profundo, podía salir de vez en cuando a reuniones, sin embargo prefería quedarse en casa. A mediados de su carrera inició una relación con una joven con la cual permaneció hasta tiempo después de haberse manifestado el segundo brote psicótico agudo.

Durante el siguiente brote psicótico el esperaba poderse relacionar, incluso lo deseaba más que cuando estaba en su etapa residual. Es por esto que sus padres, en ocasiones, le permitían asistir a fiestas en compañía de alguno de sus amigos que se responsabilizara de que él no ingiriera alcohol; sin embargo en ocasiones él se enfadaba de que sus amigos intentaran controlarlo y se salía solo de las reuniones sin que nadie pudiera detenerlo. Por otro lado había ocasiones en las que sus compañeros no consideraban su condición y le hacían ingerir cantidades altas de alcohol y tabaco, de manera que después él se alteraba mucho y para los padres era difícil controlarlo, logrando hacerlo cuando se tomaba sus pastillas para dormir ya que quedaba prácticamente desmayado. Aún así, pasado el efecto del medicamento, despertaba a

las cuatro de la mañana y se salía a caminar, en ocasiones llegaba a casa de sus primos con los que se ha relacionado desde que era niño y en otras ocasiones fue encontrado caminando en la orilla de la carretera.

Después de haber sido dado de alta en el hospital, regresó a clases, pudiéndose nivelar y concluir su carrera.

Comenzó a trabajar en una agencia de reservaciones telefónicas, sin embargo no logró mantenerse ahí por mucho tiempo, en ese momento se presentaron factores que desencadenaron la aparición de un nuevo brote psicótico.

Su tía, hermana de su mamá, falleció y fue una muerte que afectó mucho a V, ya que ella era una persona que le daba mucho cariño y contención.

Se hizo cada vez más difícil el poder trabajar ya que no era capaz de cumplir las órdenes que se le daban además de no tener una buena relación con sus compañeros, desconfiaba de ellos y llegó a tener roces con algunos.

Sus padres decidieron que lo mejor era que dejara de trabajar, situación que a V no le pareció, sin embargo lo aceptó porque reconoció no estar bien.

A partir de ese momento se quedó en su casa al cuidado de su padre.

EJE II. PSICODIAGNÓSTICO

Es una persona que presenta características que se le atribuyen a la esquizofrenia, tales como una percepción distorsionada de la realidad, errores de juicio, sensibilidad ante las críticas, alucinaciones, ideas delirantes sobre todo de tipo nihilista ya que tiene la sensación de estarse desintegrando.

Carece de las bases afectivas necesarias para poder tener una estructura firme, Intenta refugiarse en la figura de su madre, ya que tiene la fantasía de que será protegido por ella, a pesar de percibirla como una figura agresiva.

Constantemente presenta altas y bajas de carácter y en muchas ocasiones es agresivo de forma pasiva, es decir a través de actitudes sutiles,

La forma de relacionarse de V durante su niñez y su adolescencia era muy limitada. Lograba establecer contacto y relaciones sobre todo con miembros de su familia, es decir, primos, tías, su hermana y uno que otro amigo con el que conseguía establecer algún tipo de vínculo, pero nunca uno muy cercano.

El psicodiagnóstico indica que V tiene enormes deseos de vincularse con los otros, sin embargo es una persona desconfiada, insegura y sin elementos suficientes para poderse relacionar y establecer vínculos profundos. No obstante él señala tener facilidad para relacionarse y poseer muchos amigos, refiere que le encanta estar con la gente y que la gente conviva con él, incluso la primera impresión cuando se tiene una plática con él es de una persona muy agradable, sin embargo, después de platicar un poco más se puede apreciar las pocas herramientas con las que cuenta.

Al mismo tiempo, al observarlo es posible notar que siempre anda solo, no platica con nadie, ni siquiera con su papá, que es quien lo acompaña a sus sesiones en el hospital; camina lento, con la cabeza agachada, no hace contacto visual con nadie, pasa al lado de los demás como si para él no estuvieran ahí.

V percibe a su madre como una figura que no dio las suficientes muestras de afecto, rígida, controladora, que invade fácilmente el espacio vital de los demás, es hostil, ausente, tambaleante y ansiosa. Descubriendo así que él nunca ha podido encontrar

en ella el apoyo que necesita, al no encontrarlo se deprime y siente que no pertenece a ningún lugar.

Es una madre que no cuenta con elementos suficientes para brindar apoyo, además de no saber cómo hacer para demostrarlo. Por lo tanto no es capaz de darle a V lo que él necesita.

Por otro lado es posible apreciar la gran molestia que hay hacia su padre, puesto que considera que él lo ha limitado en muchas de las actividades que él ha querido realizar, siempre ha buscado mucho la independencia y poder tomar sus propias decisiones; sin embargo se siente totalmente castrado por la figura de su padre. Lo cual se complementa al observar su intento por desarrollar proyectos que no han podido funcionar.

Percibe a su familia como una familia sin muchos elementos, carente de afecto, ya que les es imposible darlo o recibirlo, puesto que no se tiene conocimiento de cómo se hace.

Sus afectos son primitivos, es decir apenas pueden percibirlos en sí mismos, sin embargo reconocerlos y demostrarlos resulta una tarea imposible.

Por medio de la observación directa, durante la aplicación de las pruebas y la realización de la historia clínica, fue posible detectar aplanamiento afectivo, ya que sus actitudes y sus respuestas iban acompañadas de la misma expresión facial, el mismo tono de voz y normalmente con respuestas monosilábicas (si o no).

Presenta habilidad para responder a las pruebas que implican pensamiento de tipo abstracto, el cual responde con suma facilidad, dando como resultado un coeficiente intelectual en el rango II, el cual está considerado dentro de la norma.

EJE III. AMBIENTE HOSPITALARIO

En lo que al ambiente hospitalario se refiere, como se mencionó anteriormente, dentro de los hospitales la última palabra y quién tiene la capacidad de diagnosticar es el médico.

En el caso del Hospital Psiquiátrico “Dr. José Torres Orozco” en Morelia, Michoacán. Fue posible identificar que se manejan a través del mismo sistema, en el cual, la primera evaluación y e impresión diagnóstica son realizadas solamente por un médico psiquiatra, el cual a partir de su diagnóstico señala un tratamiento y autoriza el trabajo de psicólogos, trabajadoras sociales, médicos generales, enfermeras, entre otros.

En el caso específico de V, al llegar él al hospital, fue diagnosticado con TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE MÚLTIPLES DROGAS Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON TRASTORNO PSICÓTICO.(F19.5). En octubre de 2005 y fue dado de alta diez días después. Sin embargo no hubo apego al tratamiento, por lo que aproximadamente semana y media después fue ingresado nuevamente.

Durante este tiempo se negó a participar en las terapias y actividades grupales, de igual manera se negaba a trabajar de forma individual.

Durante su segundo brote psicótico presentado a finales de Octubre de 2005 fue diagnosticado con TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ORGÁNICO (F07.0). Durante este tiempo hubo mejor apego al tratamiento, por lo tanto poco a poco dejó de aislarse y comenzó a participar en las actividades grupales e individuales.

Al ser dado de alta comenzó su tratamiento en el área de psiquiatría y psicología en consulta externa, donde fue atendido por un psiquiatra, una psicoterapeuta individual y una terapeuta familiar.

En ese tiempo sus padres decidieron viajar a Cuba en busca de una segunda opinión, viaje del que no se sabe cuál fue el diagnóstico con el que regresaron, sin embargo tenía un nuevo esquema de tratamiento que le trajo una mejoría bastante representativa.

Continuó con el tratamiento terapéutico y un año después aproximadamente fue dado de alta por mejoría.

Se comienza a presentar el tercer brote psicótico en Mayo de 2010 aproximadamente, tiempo en el cual sus padres se dan cuenta de los cambios que presenta en su conducta y deciden empezar a atenderlo. Situación que a V no le agradó y se negó a asistir con el psiquiatra, sin embargo aceptó asistir de nueva cuenta con su terapeuta individual.

La terapeuta tuvo como objetivo en un principio, convencer a V de que comenzara un tratamiento farmacológico, al cual accedió después de varios intentos.

Después de haber asistido con el psiquiatra se valoró nuevamente el diagnóstico anterior y se cambió por el de Esquizofrenia Paranoide (F20.0)

3.5 ANÁLISIS GENERAL

V es un joven que muestra claros síntomas de una psicosis esquizofrénica de tipo paranoide.

Presenta ideas delirantes, tales como ser perseguido por policías, ser el chamán más poderoso del mundo, pintar el cielo de azul todos los días y la economía de verde. Menciona también ser capaz de controlar los cambios climáticos, conectarse con el universo y jugar con el cielo.

Posee un sentimiento de culpa muy grande ya que cree firmemente ser quien hace que se mueran todos los niños del mundo, llevándolo a sentirse deprimido, teniendo la sensación de que poco a poco se desintegra y desea su propia muerte para así poder terminar con el sufrimiento de los demás.

Por otro lado presenta alucinaciones visuales y auditivas, escucha voces que le dicen que se mate y el llanto de niños cada vez que escucha llover.

Presenta aplanamiento afectivo la mayor parte del tiempo, no existe una expresión que permita identificar qué es lo que está sintiendo.

En pocas ocasiones ha presentado labilidad emocional, pasando rápidamente del enojo al llanto y del llanto a la risa. Sus reacciones son muy primitivas, de manera que, en el momento que es capaz de reconocer su enojo, lo expresa fuertemente y siendo difícil para los demás controlarlo; de igual manera sucede con el llanto y la risa.

Durante su niñez, socializó poco, se relacionaba más abiertamente con sus primos y su hermana pequeña, en la escuela no tenía muchos amigos y prefería realizar actividades en solitario. Sus calificaciones eran regulares y su gusto por materias abstractas se fue desarrollando al igual que su gusto por armar y desarmar aparatos. Volviéndose cada vez más obsesivo y meticuloso.

De igual manera, en la secundaria fue un joven aislado y sin mucho interés por estudiar, llegó a reprobado materias pero nunca a perder un año. En ese momento la relación con su padre se volvió complicada, su padre lo regañó fuertemente por haber reprobado y V lo resintió mucho.

Ya en la preparatoria sus calificaciones y su socialización mejoraron, hizo amigos, se integró a una logia masónica y a un grupo de razón social que le permitía ayudar a personas de escasos recursos.

Su relación con su hermana siempre fue muy cercana, pero durante la preparatoria se hizo más fuerte, compartían los mismos gustos, las mismas reuniones, los mismos grupos, y los mismos amigos.

En el último año de la preparatoria comenzó a alejarse de su hermana, debido a que empezó una relación de noviazgo con una joven que socializaba mucho, ingería alcohol y tabaco, lo anterior ocasionó que V comenzara a ingerir alcohol y tabaco de manera más regular.

En el último semestre de la preparatoria, V eligió el bachillerato de físico – matemáticas, ya que deseaba ser ingeniero civil.

Cuando empezaron las inscripciones, cambió de opinión y se inscribió en la Facultad de contabilidad y administración; eligiendo la licenciatura en Administración de Empresas.

Hasta ese punto de su vida, V continuaba teniendo una relación de pareja. No obstante la relación no duró mucho, ella decidió terminarla.

Para V fue muy difícil y doloroso asumir que su relación había terminado, ya que él había planeado tener una familia y casarse con ella. Se deprimió mucho.

Después de su ruptura amorosa, comenzó a aislarse cada vez más, pasaba mucho tiempo en la computadora, hasta altas horas de la madrugada, había ocasiones en las que incluso no dormía. Cada vez le era más difícil conciliar el sueño.

Su conducta se tornó agresiva, manejaba más rápido de lo normal, se irritaba con facilidad y comenzaba a tener ideas que su madre consideraba extrañas, tales como una excesiva necesidad de lavarse las manos o cada vez que se bañaba usar un jabón nuevo.

Poco a poco las conductas fueron aumentando, comenzó a vestir diferente, un día salió a la calle sin playera, con un pantalón de mezclilla que él mismo había recortado como si fuera un short y se amarró un lazo a la cintura.

En otra ocasión se subió a la azotea de su casa en ropa interior y comenzó a gritar que se mataría, amenazando con saltar. La madre de V señala que en ese momento estaban ellos dos solos. Tiempo después llegó su papá y subió con él a la azotea para convencerlo de que bajara, después de un tiempo lo logró.

En ese momento decidieron llamar a protección civil, ellos aconsejaron llevarlo al hospital psiquiátrico, ya que consideraron las conductas de V no eran normales y podía poner en riesgo su vida y la de los demás.

Ingresó al hospital Psiquiátrico “Dr. José Torres Orozco”, luego de ser evaluado por un psiquiatra, teniendo como impresión diagnóstica TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE MÚLTIPLES DROGAS Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON TRASTORNO PSICÓTICO.(F19.5)

El padre de V no estuvo de acuerdo con el diagnóstico ya que siempre negó rotundamente que su hijo fuese consumidor de algún tipo de sustancia.

En el expediente clínico, se menciona que consumió marihuana en al menos cuatro ocasiones, en un espacio de 3 años aproximadamente.

Al hacer revisión del expediente clínico fue posible observar que los médicos calificaban al padre de V como una persona necia e invasiva, que discutía con ellos, pidiéndoles que revisaran bien a su hijo, él consideraba que se trataba de un daño orgánico.

Los psiquiatras mencionaron que era imposible que se tratara de un daño orgánico debido a la manera paulatina en que se fue dando el brote.

El padre de V pudo verlo hasta dos días después de haber sido ingresado al hospital. Duró internado aproximadamente diez días, en el tiempo de internamiento no se relacionaba con nadie, no quería hablar, ni responder a las preguntas que se le hacían. Al décimo día fue dado de alta por mejoría, continuando con su tratamiento en el área de consulta externa.

A la semana siguiente recayó, presentando nuevamente alteraciones de la conducta, alucinaciones visuales y auditivas, errores de juicio, falta de ubicación en las tres esferas del pensamiento, además de presentar un comportamiento que se consideraba atentaba contra su propia vida.

Se escapó de su casa y fue encontrado tres días después descalzo, con los pies severamente lastimados. Solamente portaba un pantalón de mezclilla.

Los padres decidieron que se internara de manera voluntaria ya que sentían temor de que pudiera dañarse nuevamente. En esta ocasión fue diagnosticado con TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ORGÁNICO (F07.0) Es menester mencionar en este punto que en el primer brote psicótico no se diagnosticó con un daño orgánico debido a la manera en que se presentaron los síntomas y poco después cambian el diagnóstico, sin embargo el usuario no cubre los criterios necesarios para ser

diagnosticado con un daño orgánico y al realizar un examen antidoping resultó negativo.

En esa ocasión, durante su internamiento, se relacionó un poco más con sus compañeros y platicó con los psicólogos; con ellos sólo platicaba que al ser dado de alta se casaría con su novia y que sus heridas serían sanadas.

Duró aproximadamente un mes internado y tiempo después fue dado de alta por mejoría. Canalizándolo con un psiquiatra en el área de consulta externa y además a psicoterapia individual y familiar.

Estuvo en proceso terapéutico un año aproximadamente y después dejó de asistir, logró ser dado de alta e incluso ser controlado sin medicamento, en este punto su madre menciona que sí logró estabilizarse, no obstante, refiere nunca ha vuelto a ser el mismo.

Continuó de manera relativamente normal sus estudios, relacionándose poco, aislado y conviviendo principalmente con sus primos y su tía. La relación con su hermana se volvió muy distante después de que inició su enfermedad.

Habiendo iniciado el tercer año de la carrera aproximadamente, comenzó a tener una relación con una joven, con la cual tenía una relación estable y muy cercana; él se hizo muy dependiente de ella. Tenían incluso planes de boda y de formar una familia.

Al egresar de la carrera, continuó su relación de pareja. En ese tiempo falleció su tía, hermana de su mamá. La relación entre V y su tía era muy cercana, ocasionando que la pérdida de su tía para él fuera un proceso muy doloroso, ella era quien brindaba contención, cariño y cuidado.

Poco tiempo después el ingresó a trabajar en una agencia de reservaciones telefónicas, en la cual le costaba trabajo hacer amistades y trabajar en equipo ya que es una persona desconfiada e insegura.

En ese momento comenzó a tener actitudes que según señala su madre, eran muy parecidas a las que presentó cuando comenzó a psicotizarse la primera vez. Presentando alteraciones en los patrones de sueño, comportamiento impulsivo, aplanamiento afectivo y mayor aislamiento.

Los padres de V lograron darse cuenta pronto de que nuevamente presentaba síntomas relacionados a su enfermedad mental. Concluyendo que la razón era la presión a la que estaba sometido en el trabajo, pidiéndole a V que renunciase y asistiera con el psiquiatra; situación a la que él se negó rotundamente, ya que pensaba que el psiquiatra querría internarlo nuevamente.

Aceptó dejar el trabajo y pidió comenzar nuevamente su proceso terapéutico. En ese momento el trabajo inicial de la terapeuta fue brindar contención, disminuir la ansiedad y convencerlo de que asistiera con el psiquiatra para su tratamiento farmacológico. En esta ocasión fue diagnosticado con ESQUIZOFRENIA PARANOIDE (F20.0)

Hasta la última sesión, donde se realizó la aplicación de pruebas, continuaba presentando varias ideas delirantes, aplanamiento afectivo y verborrea.

Siendo posible observar su necesidad de encontrar alguien que le permita hacer contacto con la realidad y que lo escuche sin juzgarlo por pensar diferente.

CAPÍTULO IV. DISCUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, es posible tomar en cuenta lo siguiente:

V es un joven que presenta los síntomas necesarios para ser diagnosticado con una psicosis esquizofrénica de tipo paranoide.

La American Psychiatric Association (2002) señala que la esquizofrenia es una alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa. En el caso de V durante el primer brote psicótico desde el inicio hasta el internamiento, fueron aproximadamente dos meses, tal brote sólo duró una semana controlado, es decir sin presencia de alucinaciones o ideas delirantes y síntomas negativos. Habiendo pasado una semana, el brote se desencadenó nuevamente y en esa ocasión fue necesario un mes de internamiento para poder controlarlo.

Durante el tercer brote, que se dio siete años después aproximadamente, duró alrededor de seis meses en la fase aguda, sin embargo no fue necesario su internamiento ya que pudieron controlarlo con medicamento y apoyo de su terapeuta.

Por otro lado la American Psychiatric Association (2002) señala también que dentro de la esquizofrenia paranoide, su principal característica es la presencia de alucinaciones visuales y auditivas. En el caso de V, existe la presencia de alucinaciones visuales y auditivas, en las cuales señala escuchar una voz que le dice que se mate cuando él decide hacer lo que quiere y no lo que los demás le dicen; además durante el primer brote aseguró ser perseguido por policías.

Presenta también distintas ideas delirantes, tales como ser el chamán más poderoso del mundo, pintar el cielo de azul todos los días y la economía de verde, entre otros.

Al mismo tiempo, la American Psychiatric Association (2002) menciona que, existe una relativa conservación de la capacidad cognoscitiva y los afectos. En el caso de V, su capacidad cognoscitiva está conservada casi por completo, llegando incluso a poder

dar una hilación en sus ideas delirantes que pareciese lógica. Del mismo modo, a pesar de no ser una persona muy sociable y que además tiene la idea fija de ser una persona completamente sociable, sí ha logrado a lo largo de su vida vincularse de manera muy primitiva con algunas personas y ha mostrado además su capacidad para dar afecto.

Otra de las características dentro de la esquizofrenia paranoide es la edad de inicio de la enfermedad, que por lo regular se desencadena en sujetos a partir de la mayoría de edad. En el caso de V, coincide claramente al haber tenido inicio a los 18 años aproximadamente.

Cabe destacar, que según Kolb y Brodie (2001) los pacientes con esquizofrenia paranoide suelen ser amenazadores, adoptando una actitud en la que miran sobre su hombro y son en ocasiones despreciativos, sarcásticos y retadores; sus respuestas suelen ser engréidas y chistosas, como si hubiera una hostilidad que subyace la respuesta. En el caso de V, no es posible detectar la presencia de actitudes despreciativas, amenazadoras o sarcásticas; sin embargo continuamente se relaciona a través de comentarios chistosos e incluso literalmente con chistes, que parecieran en efecto, tener un doble mensaje un tanto hostil.

De la misma manera, dentro de los síntomas característicos de la esquizofrenia paranoide se encuentra el aplanamiento afectivo, en este caso en específico fue posible detectar aplanamiento afectivo mediante la observación directa en diferentes ocasiones: durante la aplicación de las pruebas proyectivas y realización de historia clínica; mostrando labilidad emocional solamente en una sesión.

Según las etapas psicosexuales de Sigmund Freud, Papalia, Wendkos Olds, & Duskin Feldman (2004) señalan que el individuo pasa por diferentes etapas de evolución en las que se producen cambios en él mismo y sus relaciones con los demás. En el caso de V es posible determinar que él tiene una fijación en la etapa oral ya que su libido

está totalmente dirigida a buscar placer a través de la boca, teniendo una fuerte adicción al consumo de tabaco y una búsqueda constante por consumir alcohol.

Por otro lado una de las principales características de la etapa oral es la relación con su madre, es decir la única persona a quien identifica es a ella, sin embargo en el caso de V no alcanzó a identificarla como una figura externa a él. La considera parte de sí mismo y busca constantemente sentirse protegido por ella.

Al mismo tiempo no fue posible para V desarrollar habilidades para relacionarse socialmente, ya que tales habilidades se desarrollan durante la etapa de latencia. Generando por lo tanto, que, sus relaciones sociales sean primitivas, dejándose guiar constantemente por los impulsos y por su necesidad de sentirse seguro, es por esto que se ha relacionado con mujeres, con las cuales busca sentirse seguro y protegido.

De igual modo, Maier (1982), señala que, dentro de la teoría del desarrollo de Erikson, la premisa básica considera que el individuo es capaz de manera innata de relacionarse coordinadamente con un ambiente típico y predecible; de la misma manera considera que debe darse mayor importancia a la socialización, siendo así que describe ocho etapas epigenéticas, considerando tres que corresponden a la edad adulta y las otras cinco a la niñez.

Según Maier (1982), V debería ubicarse en la etapa psicosocial denominada intimidad frente a estancamiento, en la cual se desarrolla como consecuencia la virtud del amor, cuando esta etapa se ve completada de manera satisfactoria. Se desarrolla entre los 20 y los 25 años aproximadamente y señala que las personas comienzan a relacionarse más íntimamente con los demás, se exploran relaciones que conducen hacia compromisos más largos y estables con alguien que no es un miembro de su familia.

En el caso específico de V, existen enormes deseos por poderse comprometer de manera mucho más íntima con una persona del sexo opuesto, ya que su inteligencia al lado de su madurez biológica le permiten darse cuenta que eso es lo adecuado para un

joven de su edad. Sin embargo, él no posee las herramientas necesarias para poder adquirir un compromiso real, esto debido a que sus relaciones son de tipo simbióticas, buscando inconscientemente relacionarse con una figura materna aunque sea de manera simbólica.

Por lo tanto en este caso es posible ubicar a V en la primera etapa ya que en esta se comienza a desarrollar la capacidad de confiar en los demás y poder pasar a la siguiente etapa, en la cual pueden caminar lejos de su madre sin pensar en que ella se irá. Refiriéndonos a la esquizofrenia paranoide, como su nombre lo dice, no existe capacidad de confiar en los demás, por lo tanto no adquirió la seguridad necesaria para enfrentarse al mundo. De manera que, recurre a elementos como la fantasía para no ver una realidad que lo atemoriza.

Para poder llegar a la etapa sentido de generatividad frente a estancamiento, se deben haber desarrollado todas las herramientas necesarias para poder ser independiente y trascender. Para V esto no ha sido posible ya que debido a su enfermedad no es capaz de relacionarse en un ambiente laboral y cumplir con las exigencias del mismo, de manera que cualquier intento por ser independiente ha sido fallido, por lo tanto es una persona que reconoce que no podrá ser completamente independiente de sus padres.

Es importante también tomar en cuenta que dentro de las psicosis existe según Zurro (2003), una clasificación, que, hace división entre las psicosis con etiología orgánica y las funcionales, en las cuales no existe una causa orgánica para que se desencadenen.

En el caso de V, se reconoce que no existe un origen orgánico con el cual se relacione su psicosis como tal, ya que, dentro de los estudios realizados (EECG -electroencefalograma-, anti doping, resonancia magnética y estudios de laboratorio) solamente el EECG resultó con alteraciones, según lo descrito por el psiquiatra encargado del caso, la alteración del EECG no da muestras palpables de padecer algún tipo de daño orgánico.

Por otro lado Ortega y Valencia (2001) refieren dentro de la psicosis esquizofrénica una de las únicas características que se presentan a nivel orgánico, es una alteración general a nivel cerebral que no represente evidencias de la presencia de cualquier otro daño de tipo orgánico.

Si se toma en cuenta que se ha descartado un origen orgánico para esta psicosis en específico, la otra opción es la presencia de un daño funcional, ocasionado principalmente por una relación simbiótica y ambivalente por parte de la madre. Desde el punto de vista dinámico, la psicosis esquizofrénica, se considera como una seria deterioración de las funciones ejecutivas de la personalidad, la comprobación de la realidad es excesivamente defectuosa, existe una deterioración de la capacidad de establecer relaciones objetales. En este caso V presenta las tres características anteriormente mencionadas, a V no le es posible ver más allá de sí mismo.

Mahler (1972) menciona que, la psicosis esquizofrénica se refiere a las distorsiones psicopatológicas de las fases normales del yo y de sus funciones dentro de la una relación madre-hijo.

Menciona también que, la simbiosis tiene lugar entre madre e hijo, los dos miembros de esta relación son imprescindibles entre sí, para la satisfacción de necesidades vitales; el hijo llena la necesidad de “mimar” de la madre y la madre cubre la necesidad de ser mimado que tiene el hijo.

Cuando el niño es pequeño, tal simbiosis es sana, pero la simbiosis patológica, es la estática, la cual puede ser definida como una recíproca esclavitud, donde ninguno de los dos elementos que componen la simbiosis pueden vivir libremente, no crecen, se estancan en todos los niveles o áreas de su personalidad, sufren con la cercanía del socio simbiótico y sufren aún más con su lejanía.

En este estudio en específico se aprecia que, desde el proceso de gestación de V, su madre se encontraba en constante angustia debido a que su padre se encontraba muy enfermo y ella necesitaba estar totalmente al pendiente de él. Es menester mencionar en este punto que cabe la posibilidad de que la madre de V se sintiera incapacitada para hacer lo que consideraba necesario debido a su embarazo; teniendo como resultado un deseo inconsciente de no estar embarazada.

En este punto puede tomarse en cuenta como parte del rechazo de la madre de V hacia él. Agregando también factores como, no poder estar en contacto en el primer momento del nacimiento debido a complicaciones médicas, además de pocas herramientas por parte de su madre para dar o recibir afecto.

Segal (1985) cita a Klein y señala que el punto de fijación de las enfermedades psicóticas yace en la posición esquizo- paranoide y en los comienzos de la posición depresiva. Por lo tanto se tiene que dar una regresión para que se rompa el contacto con la realidad.

Dentro de la etapa esquizo-paranoide el niño sólo tiene la capacidad de reconocer a su madre y uno de los elementos más importantes son los ojos, así que percibe al mundo a través de sus ojos y los ojos de la madre, que, si resultan amenazadores o ambivalentes ocasionan desconfianza y la necesidad de estar constantemente a la defensiva; por otro lado, durante la fase psicótica aguda, los comportamientos que se dan por parte del usuario son regresivos, ya que como se mencionó anteriormente es la única manera de no estar en contacto con una realidad que no es capaz de soportar.

Es en este punto donde se da una relación con mecanismos de defensa tales como la negación, en la cual el sujeto no es capaz de ver su realidad, al mismo tiempo, la madre del sujeto al ser una persona ambivalente, crea en V una escisión del yo, llevándolo a situaciones donde va de un extremo a otro, al grado de señalar ser una

persona y otra al mismo tiempo, una de las cuales vive con mamá y la otra es capaz de enfrentar el mundo que le rodea.

De la misma manera, dentro de la etapa esquizo-paranoide el sujeto se encuentra en una situación donde sólo existe él y su madre, que es parte de sí mismo. Es a partir de lo anterior que se presenta la omnipotencia y devaluación, considerando que él es la única persona capaz de crear y destruir todo lo que sucede a su alrededor, es decir comienza con ideas delirantes, en este caso, pensando ser una persona poderosa o lo más cercano a un Dios y por otro lado imaginando ser la peor persona del mundo, por no hacer lo que los demás le piden; que, al mismo tiempo también está relacionado con sus alucinaciones auditivas acerca de matarse cuando no cumple con lo que él considera “los demás quieren que haga”. Pudiendo ser notoria la escisión de la personalidad, donde la exigencia contra el mismo viene de sí mismo.

Presenta también una identificación proyectiva, ya que, al contrario de la madre, el padre de V a pesar de no tener muchos elementos para relacionarse y mostrar afecto, ha mostrado de una manera castrante, preocupación por lo que le suceda a su hijo. Sin embargo V al sentirse castrado por la autoridad de su padre, proyecta en él todo aquello que considera es malo o que no le gusta de sí mismo, un ejemplo claro son sus ganas persistentes de consumir bebidas alcohólicas, teniendo constantemente la idea delirante de que su padre es un alcohólico y no saber qué hacer con él.

Con relación a lo anterior Coderch (1992) menciona que, los fenómenos presentados dentro de la psicosis esquizofrénica son consecuencia del conflicto entre las instancias psíquicas y la distorsión de las funciones del yo como consecuencia de tales conflictos. El yo al estar abrumado por el nivel de ansiedad que maneja y haber sido desarrollado anormalmente, no es capaz de cumplir sus funciones de forma adecuada y adaptada de la realidad externa e interna, de manera que se ve en la necesidad de recurrir a mecanismos de defensa muy primitivos y deformadores de la realidad.

Entre los factores que pueden explicar este mecanismo están lo de naturaleza constitucional o hereditaria, tales como debilidad congénita del yo o la energía instintiva excepcionalmente fuerte. Por otro lado el insatisfactorio desarrollo del yo, puede ser consecuencia de traumas precoces, carencias afectivas durante la primera infancia y experiencias nocivas en la relación madre-hijo.

En la esquizofrenia, el rompimiento es esencialmente entre la personalidad que sufre todos estos conflictos y el mundo externo. Tal separación permite que coexistan actitudes contradictorias, ya que el usuario va a negar la realidad que hace que estas actitudes le generen conflicto.

Por otro lado, se debe tomar en cuenta a la familia como tal, es decir como un grupo. Laing (1969) señala que, cada uno lleva internalizada a su familia, cuando se forma una nueva familia, cada integrante superpone a su familia, pudiendo ser el caso que se cree un sistema familiar cerrado, en el cual la comunicación es indirecta y confusa, existen normas secretas y anticuadas, donde la autoestima es baja y da como resultado que la familia viva de forma accidentada, inapropiada y caótica. Es precisamente en este tipo de familias donde se encuentra un miembro con diagnóstico de esquizofrenia.

Dentro de la familia de V, existe este tipo de sistema familiar, en el cual la comunicación es poco asertiva, existen normas anticuadas en las cuales a los hijos se les exige demasiado, pero sobre todo es una familia donde se dan constantemente dobles mensajes, como ejemplo está la forma relativamente permisiva en que se comportan los padres con los hijos, es decir, les dan la oportunidad de relacionarse con los demás y de que conozcan las cosas que les interesan, sin embargo, no han dado las herramientas necesarias para que estos puedan desenvolverse de manera adecuada, lograr un vínculo fuerte y además soportar situaciones donde las cosas no se dan como ellos quisieran.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

Tomando en cuenta que la primera inquietud del investigador era hacer un estudio de caso, que, fuera susceptible al tema de interés y que reuniera las características implicadas, y realizar una valoración psicodiagnóstica que permitiera tanto la recopilación de la información como identificar cuáles son los síntomas y patrones específicos de conducta del usuario.

Se puede concluir que se logró conseguir un caso con todas las características antes mencionadas y además fue posible identificar cada uno de los síntomas y patrones que se requerían para poder llevar a obtener, a partir del apoyo de una valoración psicológica, un diagnóstico acertado.

Por otro lado, durante la investigación se lograron identificar los patrones que se presentan dentro de la familia y los tipos de vínculo que se presentan dentro de la misma, por lo tanto se ve cumplido el objetivo de analizar el papel de la familia en la vida del usuario, durante el transcurso de su enfermedad.

De la misma manera además de analizar la relación de la familia, pudo hacerse un análisis más profundo acerca de la relación madre-hijo, pudiendo así conocer más claramente algunas de los factores que originaron la enfermedad. Por lo tanto se ve cumplido el objetivo de analizar la relación del vínculo materno-filial con la vida del usuario y en el transcurso de la enfermedad.

En relación al vínculo materno-filial que se estudió, se presenta también el objetivo de estudiar las relaciones de pareja presentadas por el usuario y la manera en que se relaciona con las mismas. Objetivo que se vio cumplido por completo y además fue posible también identificar la intención del usuario de relacionarse con mujeres, aunque no sean sus parejas sentimentales, ya que considera que a partir de ellas podrá sentirse seguro.

Otro de los objetivos es analizar cómo se han llevado a cabo las relaciones sociales/laborales durante la vida del usuario y durante su enfermedad. Este objetivo se cumplió ya que fue posible a partir de la información obtenida identificar la forma en que se relaciona tanto en un ambiente social como en uno laboral y las dificultades que presenta en cada uno.

Toda la información recabada logró ser integrada de manera que se vinculara con los supuestos teóricos que permiten dar una base sólida al psicodiagnóstico. Al mismo tiempo tal información logró ser analizada, dando como resultado que en efecto el usuario V puede ser diagnosticado con una psicosis esquizofrénica de tipo paranoide.

De manera que de lo anterior ratificamos la importancia del psicodiagnóstico como una herramienta desde la psicología para establecer el diagnóstico certero de enfermedades mentales dentro de un ambiente hospitalario, en este caso en específico en la esquizofrenia.

Se ve cubierto también el primer supuesto teórico que, señala que la esquizofrenia es un padecimiento que debe cubrir con los criterios de marca el DSM-IV-TR para ser diagnosticada como tal, en este caso el usuario cuenta con todas las características para ser diagnosticado como tal.

Es posible analizar que detrás de la psicosis esquizofrénica existe también una parte psicodinámica que puede explicar desde otro enfoque el origen de la misma. Por lo tanto, el tercer supuesto teórico se ve cumplido.

El planteamiento del problema señala que, dentro del ambiente hospitalario, es bien sabido que el médico es quien tiene la última palabra en relación al diagnóstico de los pacientes. En el caso de los pacientes psiquiátricos se desarrolla de la misma manera.

Es así que es de gran interés identificar si la labor de la psicología dentro del ambiente hospitalario, a través del psicodiagnóstico, es determinante para establecer un diagnóstico claro en un hombre de 25 años de edad con esquizofrenia paranoide.

Pudiendo así, contestar al planteamiento del problema de manera positiva, ya que, las características propias de este caso dificultaban su diagnóstico partiendo sólo del uso de herramientas psiquiátricas. De manera que, el uso del psicodiagnóstico permite ampliar la información analizada, facilitando el diagnóstico.

A diferencia de otros casos que se han estudiado sobre esquizofrenia paranoide, este caso resulta de especial interés ya que de primera impresión la familia pareciese tener los elementos necesarios para contener a los miembros de su familia, sin embargo, al hacer un análisis más profundo es posible identificar que en realidad la familia no cuenta con los recursos necesarios para contener V por completo, pero si ha logrado que su estado psicótico sea menos caótico.

En respuesta a la pregunta de investigación que cuestiona si la familia tiene relación con el origen del padecimiento. Se contesta de manera positiva, ya que durante la investigación se identificaron factores que se relacionan con el padecimiento.

Del mismo modo es posible también observar que la historia personal de los padres y la manera en que se deposita en la nueva familia, tiene también una relación significativa para el origen de la enfermedad.

Durante el embarazo la madre presentó angustia, estrés, enojo por no poder hacer lo que deseaba, además de impotencia. De lo anterior se puede concluir que, en efecto, la situación vivida por la madre durante el embarazo afecta la relación con su hijo.

Las situaciones sucedidas durante el embarazo además de la dificultad y las pocas herramientas con las que contaba la madre para dar cariño y en conclusión la hicieron comportarse de manera ambivalente, ausente y sin poder lograr un vínculo con su hijo.

El estar sometido a estrés laboral o estudiantil, en efecto, es un factor estresante que puede colaborar al desencadenamiento del brote psicótico, sin embargo, no es el origen del mismo.

Es posible observar también que las alucinaciones e ideas delirantes presentadas por el usuario tienen una relación con su vida, sin embargo, no es sencillo identificarlas, ya que están llenas de diferentes ideas y pensamientos que requieren ser analizados con detenimiento.

El rompimiento con una pareja sentimental puede ser un factor desencadenante, en este caso en específico si lo fue, debido a las creencias de V acerca de encontrar una mujer que lo hiciera sentirse seguro.

Por lo tanto, se concluyo que fue un caso interesante, con pautas claras y con las cuales se demuestra que dentro de un ambiente hospitalario el psicodiagnóstico es una herramienta que permite estudiar el caso a profundidad y llegar a un diagnóstico certero.

Por otro lado el psicodiagnóstico brinda también la posibilidad de identificar los elementos con que cuenta el usuario y su familia para salir adelante, en comparación de otros casos que se ven continuamente dentro del Hospital Psiquiátrico "Dr. José Torres Orozco". Donde en la mayor parte de los casos no existe la posibilidad de hacer un psicodiagnóstico a profundidad, que brinde herramientas para su diagnóstico y futuro tratamiento, dejando todo en la creencia de que no hay más nada que hacer por ellos.

La función del psicólogo dentro del ambiente hospitalario, específicamente psiquiátrico, es de vital importancia para la elaboración del diagnóstico y consecuente tratamiento de los pacientes.

Sin embargo a partir de la experiencia vivida en esta investigación es posible darse cuenta que aún no se le brinda a la psicología la importancia que tiene para la atención las enfermedades mentales, ya sea que requieran o no, de internamiento hospitalario.

Sucede, o puede suceder, en este campo, como en otros, que se dé una lucha de poderes, que pueden rivalizar con el objetivo primario de la atención al paciente, y que quien esté involucrado llegue a prestar demasiada importancia afectando la objetividad con la que se establecen los criterios diagnósticos y por ende, los tratamientos. Esto llega a generar un “pleito eterno”; sin embargo también queda la opción de elegir realizar cada quien su trabajo sin dar pie a rivalidades y teniendo como objetivo principal el bienestar de los usuarios.

LIMITANTES Y SUGERENCIAS

LIMITANTES

- Existieron diversas limitantes durante el desarrollo de esta investigación. La principal en este caso, sería la estructura de personalidad del usuario, ya que al ser una personalidad psicótica su conducta no siempre es favorable y en ocasiones limita la fluidez con que se pudiera dar el trabajo.
- En este caso se presentó la falta de conciencia de enfermedad por parte del usuario, ya que él no reconocía estar enfermo, dificultando el inicio de su tratamiento.
- V es una persona con un nivel de inteligencia alto y además paranoide, de manera que en ocasiones preguntaba cual era la razón porque se aplicaban las pruebas o se le hacían preguntas.
- Para poder ser diagnosticado se necesita un proceso de evaluación constante, debido a los ítems que necesitan ser cubiertos. En la mayor parte de las ocasiones las familias asisten con los usuarios en una fase aguda que no permite intervenir de manera más acertada.
- Durante el transcurso de la fase aguda del brote psicótico, la familia se interesa más por el cuidado del usuario, sin embargo cuando el brote psicótico disminuye dejan de asistir y es difícil dar una continuidad al tratamiento.

SUGERENCIAS

- Dar una mayor importancia al papel que juega la psicología dentro de las instituciones de salud mental, ya que puede ser de gran ayuda para llegar a un diagnóstico certero.
- Es necesario que dentro de las instituciones de salud mental y en general en las instituciones de salud, se dé paso a un trabajo multidisciplinario que permita un mayor beneficio para el usuario.
- Este estudio de caso en específico da pauta para abrir otras líneas de investigación. De principio sería interesante hacer una revisión de diversos casos que tengan el mismo diagnóstico e identificar cómo es que llegaron al mismo.

- Por otro lado, en esta investigación en específico, se pudo llevar a cabo de manera debido a la estructura familiar. Sería de gran interés ahora trabajar con una persona con una estructura familiar menos fuerte y comparar los resultados.
- Identificar también cual es la percepción de las empresas a la hora de decidir contratar un empleado que presenta alguna enfermedad mental o más específicamente un esquizofrénico.
- Estudiar también, cual es la estructura y rasgos de personalidad de una persona que acepta ser pareja de una persona con esquizofrenia y si tal personalidad influye o no en la elección de pareja.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ackerman, N. (1984). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires, Argentina: Hormé.

American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Washington, D.C., London, Inglaterra: Masson.

Ballesteros, R. F. (1983). *Psicodiagnóstico. Concepto y Metodología* (2da Ed.). Madrid, España: Cincel.

Balestri, M. (1997). *Cómo se elabora el proceso de Investigación*. Caracas: Consultores Asociados BL Servicio Editorial.

Bender, L. (2002). *Test gúestáltico vasomotor (B.G) Usos y aplicaciones clínicas*. México, D.F: Paidós.

Bruce E, Compas, H. Gotlib. (2003). *Introducción a la Psicología clínica Ciencia y Practica*. México: Mc Graw Hill.

Bosselman, B. Ch. (1967). *Neurosis y Psicosis*. México, D.F: La Prensa Médica Mexicana.

Cameron, N. (1982). *Desarrollo y Psicopatología de la personalidad. Un enfoque dinámico*. México: Trillas.

Coderch, J. (1991). *Psiquiatría Dinámica*. Barcelona: Masson.

Díaz Portillo, I. (1998). *Técnica de entrevista psicodinámico*. México: Pax.

Dicaprio, N.S. (2006). *Teorías de la personalidad*. México, D.F: Mc Graw Hill.

Gomberoff, M. (1985). *La Teoría Psicoanalítica y la Esquizofrenia. Conferencia dictada en el VII simposio de Psiquiatría de Crónicos*. Revista de Psiquiatría. Año II, N°6, pág. 81-94. Santiago, Chile.

Hammer, E.F. (2007). *Tests proyectivos gráficos*. México, D.F: Paidós.

Harold, I. & Kaplan, B.J. (1989). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson-Salvat.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collo, C., & Baptista Lucio, P. (1997). *Metodología de la investigación..* México: Mc Graw Hill.

Ibañez, I.A. (1967). *Test del dibujo de la familia*. Buenos Aires, Argentina: Kapelusz.

Jackson, D. (2001). *Etiología de la Esquizofrenia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrirtu.

Kleinmuntz, B. (1980). *Elementos de la psicología Anormal*. México: Continental.

Laing, R. (1969). *El cuestionamiento de la familia*. México, D.F: Paidós.

Kolb, H.B. (2001). *Psiquiatría clínica*. México, D.F: Interamericana.

Lemos, S. (1985). *Psicopatología*. Madrid: Síntesis.

Lucio, E. & León, M.I, (2003). *Uso e interpretación del MMPI-2 en español*. México. D.F: Manual Moderno.

MacKINNON, R.A., & Michels; R. (1988). *Psiquiatría Clínica Aplicada*. México, D.F: Interamericana.

Mahler, M. (1972). *Simbiosis humana: las viscisitudes de la individuación. Psicosis infantil*. México: Joaquín Mortiz.

Maier, H. (1982). *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Mancilla, B.E. (2008). *El psicótico y su familia*. México, D.F: Facultad de psicología de la UNAM.

Marecos E. Gómez Rijesi., J. R. (2003). Viejos y nuevos conceptos en Medicina. *Revista posgrado de la vía cátedra de Medicina* (pp. 1-5).

Muuss, R-E. (1997). *Teorías de la adolescencia*. México, D.F: Paidós.

Nuñez, R. (1979). *Aplicación del inventario multifásico de la personalidad (MMPI) a la psicopatología*. México: Manual Moderno.

Organización Mundial de la Salud. (1993). *Clasificación internacional de Enfermedades. CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento*. Ginebra, Suiza: Meditor.

Ortega, H., & Valencia, M. (2001). *Esquizofrenia Estado actual y perspectivas*. México, D.F: Publicaciones del instituto nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Papalia, D. E., Wendkos Olds, S., & Duskin Feldman, R. (2004). *Desarrollo Humano*. México D.F: Mc Graw Hill.

Pedregal, N. (17 de abril de 2006). www.pedregal.org. Recuperado el 20 de Octubre de 2010, de www.pedregal.org:

<http://www.pedregal.or/psicología/nicolasp/estadios.php3>.

Phillips, J. J. (1977). *Los Origenes del Intelecto según Piaget*. Barcelona, España: Fontanella.

Portuondo, J. A.. (2009). *La figura humana. Test proyectivo de Karen Machover*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

Raven, J. (2005). *Test de matrices progresivas. Escala general*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Segal, H. (1985). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. México: Paidós.

Serrani, D. (13 de Agosto de 2010) *Reconocimiento de emociones en pacientes esquizofrénicos. Estudio experimental*. Recuperado el 22 de Agosto de 2011, de <http://www.portalesmedicos.com>:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2360/2/reconocimiento-de-emociones-en-pacientes-esquizofrénicos.-Estudio-experimental>.

Spitz, R. (1968). *El primer año de vida del niño. Génesis de las primeras relaciones objetivas*. México: Aguilar.

Stake, R.E. (1995). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.

Stierlin, H. (1999). *Psicoanálisis y Terapia de familias*. Barcelona: Gedisa.

Stora, R. (1980). *El test del árbol*. Barcelona, España: Paidós.

Teddlie, C. & Tashakkori, A (2003). *Major Issues and Controversies in the Use of Mixed methods in the Social and Behavioral Researches*. Thousand Oaks: sage.

Todd, Z y Nerlich, B. (2004). *Mixing methods in Psychology*. Hove: Psychology Press.

Tizón, J., Aguirre, J., Parra, B., Goma, M., & Fernando, J. (2004). *Proyecto de investigación: La esquizofrenia en atención primaria: el estudio SASPE*. España.




Xandró, M. (1999). *Test de la casa y el Pueblo*. Madrid, España: Xandró.

ANEXOS

MMPI-2

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2

Hoja de respuestas para calificación manual

NOMBRE _____

Escolaridad _____ Ocupación _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES

No maltrate ni doble esta hoja. Marque con lápiz del No. 2 o 2 1/2. No use pluma ni marcador. Marque su respuesta llenando completamente el círculo que corresponde.

MARQUE ASÍ: ●

No marque así: ⊗ ⊕ ⊖

EN CASO DE ERROR, BORRE COMPLETAMENTE.

Número de identificación

Carrera/Ocupación

Semestre

Edad

Sexo

Masculino

Femenino

Escolaridad

Primaria

Secundaria

Bachillerato

Profesional

Posgrado

A

Estado Civil

Soltero

Casado

Unión libre

Divorciado

Separado

Viudo

B

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98
99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112
113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154
155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168
169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182
183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196

D.R. © 1995 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. en coedición y con autorización Universidad Nacional Autónoma de México © 1994 y por University of Minnesota © 1942, 1943, 1970, 1989

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

5-atacnoenim babilanoeseg al ob coizitium onatneval

Diseño: Lucio, Monzón y Ampudia

1204

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100-México, D.F.

MMP
46-3,2