

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

Importancia del psicodiagnóstico de caso clínico

Autor: Claudia Ceballos Cardozo

**Tesina presentada para obtener el título de:
Licenciado en Psicología**

**Nombre del asesor:
Inés Gómez del Campo**

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

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

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





UNIVERSIDAD
VASCO DE QUIROGA

FACULTADO DE PSICOLOGIA

“Importancia del Psicodiagnóstico
de Caso Clínico”

TESINA

Que para obtener el Título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Presenta:

CLAUDIA CEBALLOS CARDOZO

A sesor:

LIC. INES GOMEZ DEL CAMPO

RVGE 020 SEP

CLAVE 16PSOCO4J

Morelia, Mich.

Febrero de 2003.



3
AVALA

T289



UWQ

M.R.

UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

FACULTADO DE PSICOLOGIA

*“ IMPORTANCIA DEL PSICODIAGNOSTICO
DE CASO CLINICO “*

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA :

CLAUDIA CEBALLOS CARDOSO

ASESOR :

LIC. INES GOMEZ DEL CAMPO

VOE 020 SEP
MORELIA, MICH.



Clave 16PSU0004J
FEBRERO DE 2003

AGRADECIMIENTOS

Le doy gracias a los dos personas mas queridas de mi vida que son mis PADRES por los cuales soy lo que soy, que me han enseñado a luchar por mis ideales, que me han enseñado el amor de una verdadera familia y que siempre han estado conmigo en todos mis triunfos y fracasos a lo largo de toda mi vida.

Gracias a mis HERMANOS que formaron parte en toda mi formación académica y que por ellos e logrado sacar mi carrera adelante, además de su comprensión y cariño incondicional desde pequeña y hasta ahora.

A mis AMIGOS que me apoyaron en todo momento que los necesite y que han estado a mi lado por varios años.

Y finalmente y uno de los principales a DIOS dándole las gracias por dejarme llegar a este día y estar con toda la gente que quiero. GRACIAS. Y porque siempre estés conmigo.

GRACIAS a toda mi familia que la conforman Luis Ceballos Magaña, Esperanza Cardoso de Ceballos, Luis Alfredo Ceballos Cardoso, Miguel Ángel Ceballos Cardoso, Juanita Chávez de Ceballos, Luis Fernando Ceballos Chávez, Juan Carlos Ceballos Cardoso, Javier Ceballos Cardoso, Sergio Ceballos Cardoso, Margarita García de Ceballos, Ma. de Lourdes Ceballos Cardoso y Ricardo Ceballos Cardoso.

A mis profesores que me formaron durante toda mi carrera y en especial a la Lic. Inés del Campo y a la Lic. Hilda Leticia del Toro por su apoyo y ayuda.



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
OBJETIVO GENERAL.....	2
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	2
IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	2
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	3
MARCO TEORICO.....	4
I.- HISTORIA DE LOS TEST.....	4
1.- CLASIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS.....	5
a) Pruebas objetivas.....	5
b) Pruebas proyectivas	5
c) Pruebas proyectivas no estructuradas	6
d) Pruebas proyectivas semiestructuradas	6
2.- PRUEBAS UTILIZADAS EN LA VALORACIÓN.....	7
a) Machover.	7
b) Árbol.	8
c) Casa.....	10
d) Bender	11
e) Wais	13
f) MMPI	18
II.- PSICOSIS	22
1.- CARACTERÍSTICAS DE LA PSICOSIS	22
2.- TIPOS DE PSICOSIS	23
a) Trastornos orgánicos.....	23
b) Trastornos funcionales	24
III.- PARANOIA	27
1.- CARACTERÍSTICAS CLÁSICAS DE LA PARANOIA.....	27
2.- RASGOS DEL CARÁCTER	31
3.- MECANISMOS DE DEFENSA	32
a) Proyección	33
b) Negación	34
c) Formación reactiva.	34
4.- RELACIONES OBJETALES	35
IV.- ETIOLOGÍA	37
1.- ENFOQUE PSQUIATRICO.....	38

2.- ENFOQUE PSICOANALITICO.....	39
2.- CRITERIOS DE DIAGNOSTICO.....	40
a) Diagnostico diferencial psiquiátrico.....	40
b) F22.0 Trastorno delirante.....	41
c) F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.....	42
d) Evaluación multiaxial.....	44
METODOLOGÍA.....	45
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA.....	46
a) Historia clínica	46
b) Evaluación global.....	59
c) Interpretación de pruebas.....	61
CONCLUSIONES	67
ANEXOS	
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se refiere a un caso clínico, donde el padecimiento del sujeto es un Trastorno delirante, al respecto será necesario fundamentar teóricamente el diagnóstico.

Este padecimiento será explicado desde dos enfoques psicoanalítico y psiquiátrico ya que los principales teóricos de este padecimiento han dado una explicación sobre los inicios de este trastorno y con frecuencia son las que más profundizan en tema.

Es importante aplicar un diagnóstico detallado y adecuado para todos lo que trabajamos con la salud mental, debido a esto surgió la inquietud de realizar una tesina sobre la importancia del Psicodiagnóstico.

Respecto al procedimiento utilizado en el estudio, primero se realizó una investigación bibliográfica documental, siguiendo las técnicas sugeridas en estos casos como la revisión de textos y elaboración de una ficha bibliográfica. Para el estudio del caso y en base a los planteamientos teóricos, se aplicará la técnica de la entrevista, la historia clínica y las pruebas psicológicas.

El procedimiento aplicado al trabajo terapéutico fue basada en una investigación bibliografía, pruebas psicométricas, método de entrevista y principalmente la evaluación psicométrica.

Por todo lo anterior el marco teórico nos sirve para sustentar el diagnóstico, el cual abarca desde una breve explicación sobre la psicosis y los diferentes tipos que hay, en base a esto se hablará del trastorno delirante, tomando en cuenta su significado, etiología y las características de este trastorno y corroborar con estos datos la historia clínica del paciente.

Por lo anterior se hará hincapié en el marco teórico que permita explicar en que consiste el Trastorno delirante, desde la corriente psicoanalítica y psiquiátrica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Es posible detectar el trastorno delirante a través de los instrumentos aplicados (Machover, Casa, Árbol, Dibujo libre, MMPI, Bender y WAIS) ?

OBJETIVO GENERAL

Detectar los factores intrapsíquicos que intervienen en la aparición del Trastorno delirante del sujeto estudiado

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Comprobación de los postulados teóricos expuestos
- Prevención sobre las dificultades que se tiene al tratar a un paciente con Trastorno delirante.
- Obtención del título de Lic. en Psicología.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Una de las finalidades de este trabajo es el de mostrar algunas de las limitaciones, por las que puede pasar un psicoterapeuta en un proceso terapéutico , con un paciente con trastorno delirante.

Por medio de este trabajo se mostrará de una manera sistematizada el trastorno paranoide y los efectos negativos que causa en la vida de la persona que lo padece y las características del trastorno que le conllevan a una diversidad de problemas debido a la desconfianza del sujeto al medio en el que se desenvuelve.

La comprobación de los postulados teóricos, con la historia clínica del paciente y la evaluación de las pruebas aplicadas.

Prevenir sobre las dificultades que se tienen en tratar a un paciente con trastorno delirante.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Uno de los problemas a los que me enfrenté y el más difícil era la poca disposición del paciente para trabajar, a causa de que el solo deseaba que se le aplicara la batería de pruebas que pudieran medir su CI y no profundizar en cosas personales, motivo por el cual me fue muy difícil el tratarlo o buscar la forma de trabajar.

El que algunas de las pruebas que le quería aplicar no le parecía al paciente que midieran CI, y se rehusaba a contestarlas por no creer que midieran lo que el deseaba, además que él investigo sobre algunas de las pruebas y me fue mas difícil el aplicarle las de personalidad.

La paranoia en si misma genera severas resistencias en el proceso terapéutico, debido a la desconfianza que percibe de todo su entorno, lo que hace que el trabajo con el paciente sea difícil.

El paciente al disminuir su ansiedad y depresión y recibir los resultados, dejó la terapia, ya que el motivo por el cual asistió a terapia ya había sido resuelto y no sentía la necesidad de continuar, fue esta una de las dificultades en el trabajo, ya que no se pudo profundizar mas en el origen del trastorno y la búsqueda de una mejor adaptación a su medio.

A pesar de lo anterior fue posible estructurar suficientemente la evaluación psicológica.

MARCO TEÓRICO

I.- HISTORIA DE LOS TEST

A través del tiempo los test se han convertido en herramientas básicas para todos los que nos dedicamos a el área de la psicología. En los últimos años del siglo XIX, en donde tuvieron especial importancia Francis James Cattell, Alfred Binet y Galton, este último se interesó principalmente en las bases heredadas de la inteligencia y en las técnicas para medir las capacidades, estaba convencido de poder realizar una batería que respaldara sus inquietudes, es así como elaboró varias pruebas sensorio motrices y diseñó diversos métodos para investigar las diferencias individuales en las capacidades y en el temperamento.

Otros personajes en la historia fueron apareciendo en esta rama y que también fueron de gran importancia en el desarrollo de las pruebas o test psicológicos como :

Charles Spearman con su teoría de los test, Edward L. Thorndike en los test de capacidad, Lewis Terman en los test de inteligencia que se aplican en grupo, llevándolo de manera directa a la elaboración de exámenes Alfa y Beta del ejército por parte de un comité de psicólogos durante la primera guerra Mundial.

El examen Alfa y Beta era aplicado a los soldados estadounidenses con la finalidad de medir las capacidades mentales antes y después de la guerra. El test Alfa era aplicable a quienes sabían leer y escribir a diferencia del Beta el cual estaba diseñado para los analfabetas.

Todos estas personalidades hicieron aportaciones favorables para que la medición psicológica siguiera su curso de crecimiento y avance, muestra de esto es que posteriormente se dió una clasificación para tener una adecuada utilización, entre los cuales encontramos:

Las pruebas estandarizadas, las cuales tienen instrucciones fijas y claras para su aplicación y calificación, las cuales están diseñadas por expertos en el campo de la psicometría y se aplica a un grupo representativo de la población a estudiar.

También existen los no estandarizados los cuales los podemos encontrar en las escuelas aplicadas por los profesores de manera informal, según se vayan presentando las necesidades en el salón de clases.

1.- CLASIFICACION DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS

De acuerdo con el psicólogo George Kelly (1958). Es más fácil clasificar las pruebas psicológicas como objetivas y proyectivas.

a) Pruebas objetivas

Las pruebas objetivas son aquellas cuya puntuación se puede producir de manera mecánica, debido a que tienen formatos o diagramas de calificación. Esto implica en general que el formato de respuestas esta estandarizado. Ejemplos de esta valoración de la personalidad son el MMPI, Cattell, entre otras que miden habilidades, destrezas y de conocimientos como: Las escalas Wechsler.

b) Pruebas proyectivas o subjetivas

Las pruebas proyectivas están menos estructuradas que las pruebas objetivas en los formatos de respuestas y en la puntuación. El término proyectivo fue ideado por Frank (1939), que se basó en la siguiente suposición; a causa de la naturaleza no estructurada de los estímulos de respuestas de que dispone el examinado. los resultados deben ser proyecciones de la manera en que el paciente considera la vida, su significado, su importancia, sus patrones, y en especial, sus sentimientos. Dentro de estas encontramos: Machover, Bender, TAT, entre otras.

Las pruebas subjetivas difieren de las objetivas en que las respuestas pueden estar sujetas a interpretaciones divergentes por examinadores diferentes, debido a que la conducta que esta midiendo (es decir los componentes de la personalidad que pretende describir) es demasiado compleja y difícilmente categorizada.

Las preguntas generalmente golpean a los determinantes conscientes de la conducta (no me gustan las muchachas, porque mi madre me traicionó) y a los estados de ánimo percibidos subjetivamente (estoy deprimido a menudo).

b.1) Pruebas proyectivas no estructuradas

Las pruebas proyectivas tales como las de los dibujos requieren que el sujeto provea sus propios estímulos de prueba, y aplique todo el orden y la forma en que perciba en el medio a la tarea.

Mientras que tales pruebas proporcionan datos útiles de diagnóstico en manos del examinador experimentando, es necesario hacer uso de otras herramientas tanto objetivas como subjetivas para tener un diagnóstico más completo.

b.2) Pruebas proyectivas semiestructurada.

Las pruebas proyectivas semiestructuradas permiten al sujeto imponer su propio significado y organización sobre los estímulos que se le presenta.

Ejemplo de esta es la prueba TAT que consiste en una serie de 20 dibujos de personas enfrascadas en diferentes actividades.

Se le pide al sujeto que realice una historia completa que contenga pasado, presente y futuro, con las actividades representadas por las gentes en las tarjetas, y así se identifica parcialmente con los personajes en las historias conforme imparte sus propios deseos, temores y conflictos al material temático.

Otro ejemplo de este tipo de pruebas es el estudio de cuadros de frustraciones de Resenzweig, consiste en una serie de 16 caricaturas, cada una de las cuales ilustra una situación frustrante. Al proporcionar el dialogo para las caricaturas, el sujeto indica inadvertidamente la dirección y lo apropiado de su reacción característica a frustraciones semejantes en la vida real.

2.- PRUEBAS UTILIZADAS EN LA VALORACIÓN

a) Test de la figura humana de Karen Machover

“ Fue creado por Karen Machover es un test grafo-proyectivo. A través del dibujo de la figura humana, la personalidad proyecta toda una gama de rasgos significativos y útiles para un mejor diagnóstico, tanto psicodinámico como nosológico. ”
(Portuando, 1997 p.25 a 35 .)

El Test de la Figura Humana de Karen Machover gana prestigio y popularidad día a día, y es, junto al Psicodiagnóstico de Rorschach, al T.A.T. y a la escala Weschsler-Bellevue como uno de los mejores instrumentos para la evaluación de la personalidad total.

El dibujo de la figura humana abarca especialmente aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su autoconcepto y su imagen corporal.

El cuerpo como vehículo de la propia expresión implica un largo recorrido que involucra crecimiento y asociación de sensaciones, percepciones y emociones con ciertos órganos del cuerpo. De esta forma el dibujo de una persona al envolver la proyección de la imagen de un cuerpo, ofrece un medio natural de expresión de las necesidades y conflictos del cuerpo de uno.

Cada vez que un sujeto grafica una persona esta proyección de su propio Yo que realiza, puede ser resultado de:

- a- Experiencias personales y sus representaciones psíquicas.
- b- Imágenes de estereotipo sociales y culturales que tienen un mayor o menor peso para el sujeto.
- c- Aceptación o no de su etapa vital.
- d- Identificación y asunción del propio sexo.
- e- El grado de estabilidad y dominio de sí mismo.
- f- La figura graficada debe asemejarse en sus atributos e imagen al sujeto mismo, es como que ante ella deberíamos poder decir, es igual a el/ella

En la administración de la prueba se le proporcionan dos hojas blancas tamaño carta, lápiz y goma al examinado y se le pide que realice una figura humana lo más completa posible.

Posteriormente se le indica que en la otra hoja blanca haga otra figura humana del sexo opuesto a la dibujada anteriormente.

Ya que se hayan realizado las dos figuras, se le realizará preguntas sobre el dibujo realizado con el fin de aclarar posibles dudas. A continuación se dan algunos ejemplos de estas: Es hombre o mujer, cuántos años tiene, quién es, qué está haciendo, cómo se siente, por mencionar algunas de ellas.

En una visión integral, conforme al grado de armonía entre las partes constitutivas del dibujo (lo cual involucra principalmente: proporción, calidad de línea, presión, tamaño) nos dará cuenta de la habilidad del sujeto para adaptarse al ambiente, el grado de criterio de realidad y objetividad con la cual establece sus vínculos interpersonales

Su aplicación puede ser de dos formas: grupal, la cual no se recomienda, porque el examinador no puede observar datos que pueden ser importantes o significativos en la evaluación como es la secuencia del dibujo y algunas de las cosas que pueden decir al estar realizando la prueba como resistencias muy comunes como: no puedo, no soy buen dibujante, me está quedando muy mal, entre otras.

La otra es de manera individual, en esta se tiene la ventaja de elaborar notas de las apreciaciones que se presentan en la elaboración de la prueba, como las que se mencionaron anteriormente.

b) Test del árbol

El árbol es una de las primeras cosas que ha llamado la atención al género humano. El símbolo del árbol es el primero y el último de la Sagrada Escritura y a partir de él se abre el mundo de la significación espiritual del árbol en el cristianismo.

La idea de utilizar dibujos de árboles como medio auxiliar de psicodiagnóstico se le debe a Emil Jucker, durante muchos años aproximadamente a partir de 1928, hizo el

test sin explorar bien los resultados, y poco a poco empezó a analizar someramente algunas observaciones empíricas.

El concepto del árbol del mundo esta muy difundido en la edad media, en la canción de un manuscrito de Colmar, leemos, “ un árbol precioso esta crecido en un jardín con un arte tan delicioso, sus raíces han penetrado la tierra clara, sus umbelas alcanzan el tronco donde el Dios quiere engendrar el galardón de nuestra querida señora, el primero ya abraza todo el jardín ”. (KOCH Karl , 1986, p. 15 a 45)

El esquema fundamental del árbol es la cruz, es la síntesis de los opuestos absolutos. Max Pulver usa la cruz como un esquema espacial para su teoría espacial. Pone el renglón sobre el leño horizontal de la cruz del modo que el trazo de la letra siga la dirección del madero superior y una inferior y a partir del punto central, el renglón a su izquierda y derecha.

Los puntos de la cruz nos hablan de varios aspectos, los que se encuentran del lado izquierdo se refiere a la nostalgia, recuerdos, pasado, interiorización, afectividad y conflictos. La línea central se refiere del lado superior a la espiritualidad y proyección del yo y del lado inferior realidad del yo. Del lado derecho encontramos los proyectos, futuro, exteriorización, actividad, sociabilidad y necesidades. Dependiendo donde se encuentre situado el árbol será la interpretación del mismo.

Los contenidos que se analizan en el test son: tronco, copa, ramas y suelo. El tronco nos da cuenta de los aspectos más concientes del psiquismo, nos permite evaluar el aspecto emocional, como se siente actualmente la persona y su fortaleza del yo y el aquí y ahora de su personalidad.

La copa representa la vida mental de las fantasías, la riqueza o no de la imaginación, como la persona concibe a la realidad.

Las ramas conforman dos cuestiones la capacidad para establecer vínculos y la modalidad de las relaciones con los otros pero también la capacidad de la persona para obtener del ambiente aquello que necesita.

El suelo representa la realidad el piso es donde uno se instala, todos estos elementos deben estar presentes en el dibujo.

“ A pesar de la favorable situación del test, no puede esperarse una proyección total de la personalidad, rara vez los resultados alcanzan para proveer una imagen íntegra de la personalidad pero procura valiosas contribuciones. Su valor se encuentra en el aplicarlo con otras técnicas, que son complemento para una visualización global del individuo.” (www.biblioteca@uba.ar.)

c) Test de la casa

Varios personajes eminentes en la psicometría han contribuido a la investigación sobre este tipo de pruebas proyectivas como lo son. Levy, DeMartino, Hammer. Las investigaciones sobre esta prueba y otras proyectivas datan desde el siglo XIX.

“ El dibujo de la casa refleja nuestro hogar y las relaciones que mantenemos con los que viven con nosotros y de modo que se deducen aspectos en las relaciones con tus padres, con tu pareja, con tus hijos, el desarrollo de la economía doméstica, la higiene, la alimentación, el grado de equilibrio de nuestras relaciones y nuestro ambiente familiar” (N John. 1966. p. 45 a 65)

La aplicación de la prueba proyectiva consiste en dar un lápiz que deberá ser suave (o lleve el suyo usted), papel blanco (puede ser 8.5 X 11 cm) y goma para borrar (de preferencia blanca que no mancha); y se nos dice que dibujemos una casa.

Los aspectos que se evaluarán en la casa son: Tamaño de la figura y su localización en la hoja, la simetría. La mitad superior del papel muestra el componente espiritual, la inteligencia, las actividades superiores de la mente, la extroversión y la capacidad de comunicación con el entorno.

Tamaño de la figura si es grande indicara una exaltación del ego, tiene una infravaloración del medio ambiente, tiene propensión a la fantasía y autodominio interno. Si es pequeño indica sobre valoración del medio ambiente, un posible ocultamiento, pasar desapercibido por el medio ambiente y una reacción sumisa.

En lo referente a la línea o trazo se tomara en cuenta el grosor de la línea, tipos de la misma, borraduras y sombreado. Estos aspectos se encuentran dentro del manual de

calificación y están relacionados con la seguridad del sujeto a analizar. Con ejemplos gráficos.

Si hay un exceso en la simetría del dibujo producirá efecto rígidos. La rigidez del dibujo equivale a defendernos del medio ambiente y el exhibicionismo indica dibujos muy simétricos.

d) Test visomotor de Bender (Test para detectar daño orgánico)

La doctora Laretta Bender publicó por primera vez en 1958 como “ Research Monograph No. 3 de la American Orthopsychiatric association, y apareció bajo el título de Un test Gestáltico visomotor y su uso clínico “.

Ella considera que la función gestáltica “ Es aquella función del organismo humano, por la cual responde a un conjunto de estímulos dados como un todo, siendo la respuesta misma una constelación, un patrón de respuestas”. (LESTON Mark, 1985, 10 a 32)

En un principio esta prueba no fue muy conocida porque las láminas que se mostraban al paciente o examinado se encontraban en el libro y era imposible obtenerlos por separado, incluso los primeros investigadores se vieron obligados a hacer sus propias láminas.

El Bender se utiliza principalmente para detectar el nivel de maduración de la función Gestáltica, tanto visual como motora explorando el retardo, la pérdida de la función y defectos cerebrales orgánicos en niños y adultos.

Contiene nueve figuras geométricas las cuales tienen que reproducir el examinado en una hoja blanca a lápiz, si existe una lesión en la elaboración de la prueba las reproducciones se van deformando de manera importante al grado de ya no poder continuar realizando la prueba.

Las bases clínicas para la interpretación de la prueba, se considera de suma importancia tener al día los conocimientos de la psicodinamia con el objeto de poder comprender de manera flexible el significado y el mensaje proyectivo que nos brinda el sujeto examinado.

En lo referente a la colocación de los dibujos se debe de tener en cuenta algunos aspectos como:

Orden: La hoja que utiliza el examinado, según se a deducido representa como percibe, integra y organiza los estímulos en el espacio vital el sujeto. Así como el orden de tipo metódico indicaran cuidado, de el orden que tenga éste realizado con lógica, en lo referente al orden se tomara en cuenta si es irregular o caótico.

Cohesión: Algunos sujetos utilizan una hoja para cada dibujo, delatando estados de exaltación o expansión, en algunas ocasiones los encontramos en trastornos maniacos; la otra forma es el estilo comprensivo, denotará rigidez, o contricción, indicando sentido de insuficiencia, ahora si el espacio utilizado por el sujeto es reducido, se puede concluir que el sujeto percibe el medio como hostil para él.

Margen: en varias ocasiones el sujeto utilizará los bordes del papel como guía, por lo general encontramos que existe una tendencia a buscar apoyo o dependencia.

Modificación del tamaño: En éste se evaluará tanto aumento como disminución del dibujo si está en forma progresiva o general.

Utilización del espacio en blanco: nos hablara de la capacidad de utilización de la capacidad de manejar la hostilidad, canalizarla o reprimir.

Es importante recordar que en los trastornos graves hará un uso inmoderado del espacio.

e) Escala de Wechsler para adultos WAIS

Wechsler-Bellevue en 1939 publicó un libro el cual contenía una escala para medir la inteligencia, eso fue realizado con la finalidad de plasmar de manera gráfica este concepto.

La estandarización de la presente escala, esta basada en un muestreo nacional de 1700 adultos, prorrateados de acuerdo con el censo del año de 1950 en EUA, incluyendo una representación proporcional de la población de color.

El intentó establecer la validez de su escala a base a otros test de inteligencia ya probados, y con registros empíricos de inteligencia, dedicado así varios años de su vida a la elaboración de la escala, en el hospital psiquiátrico Bellevue de New York, en honor a este centro decidió adoptar el nombre de este hospital para registrar su escala.

“ Wechsler observó con gran asombro que la lesión cerebral, el deterioro psicótico y las dificultades emocionales podían afectar a algunas funciones intelectuales más que otras, negando a la conclusión que un análisis de la ejecución del individuo en los distintos subtest de la escala podía revelar trastornos específicos.” (WAIS)

Tomo en cuenta en su escala a todo tipo de población agrupando los reactivos en tres etapas.

- Reactivos que todas las personas pueden contestar, tengan o no instrucción escolar
- Reactivos que son contestados por personas con instrucción escolar media.
- Reactivos que solo pueden ser contestados por personas con alto nivel de instrucción.

Las escalas están estructuradas de la siguiente manera:

ESCALA VERBAL

**Estrictamente
Verbales**

Comprensión
Semejanzas
Vocabulario
Información

**Atención y
Concentración**

Aritmética
Retención de dígitos

ESCALA DE EJECUCIÓN

Visuales

Figuras incompletas
Ensamble de objetos

Visomotor

Diseño con cubos
Símbolos y dígitos

Esta escala sufrió algunos cambios y en 1955 se publicó un libro con las modificaciones quedando de la siguiente manera.

ESCALA VERBAL

Información
Comprensión
Aritmética
Semejanzas
Retención de dígitos
Vocabulario

ESCALA DE EJECUCIÓN

Símbolo y dígito
Figuras incompletas
Diseño con cubos
Ordenamiento de dibujos
Ensamble de objetos.

DESCRIPCIÓN DE LOS SUBTEST

Información.

Consta de 29 preguntas que abarca una gran variedad de información que los adultos en general adquieren en nuestra cultura. Este subtest mide la memoria del sujeto, los conocimientos adquiridos, y el esfuerzo del sujeto por adquirir mayores conocimientos.

Comprensión

Consta de 14 elementos en cada uno de los cuales el sujeto expresa lo que debería hacerse en determinadas circunstancias. Evalúa el juicio lógico y convencional del sujeto, por medio del cual se muestra una situación dada y si responde de manera adecuada, además de ver la creatividad que tienen para solucionar problemas.

Aritmética

Consta de 14 problemas semejantes a los que se resuelven en la escuela, la solución debe encontrarse mentalmente, sin usar papel y lápiz.

Por medio de este subtest se mide la concentración del sujeto además de la capacidad para manejar conceptos numéricos.

Semejanzas

Está conformado por 13 ítems en los cuales se le pide al sujeto que diga en que se parecen 2 cosas. Se evalúa la capacidad de abstracción y de generalización, observándose el tipo de pensamiento (concreto, funcional y abstracto).

Retención de dígitos

Son grupos de 3 a 9 dígitos que se presentan verbalmente al sujeto, y que este tiene que repetir en el mismo orden. En la segunda parte del subtest se le presentan al sujeto grupos de 2 a 8 dígitos que el sujeto tiene que repetir en orden inverso.

Evaluando así la capacidad del sujeto para registrar y retener información en forma instantánea. Este subtest es vulnerable a la ansiedad ante situación de prueba.

Vocabulario

Se presenta al sujeto una lista de 10 palabras, en dificultad creciente, y el sujeto debe decir el significado de cada una de ellas.

En este subtest se observa cuál es la dotación natural del sujeto y cuál a sido su estimulación temprana, refleja su medio ambiente y cuál es el manejo del lenguaje del sujeto.

ESCALA DE EJECUCIÓN

Símbolos y dígitos

Se le presenta al sujeto una clave en la cuál existe 9 símbolos formando pareja con 9 dígitos. Con esta clave a la vista el sujeto tiene 90 segundos para copiar los símbolos. Aquí se califica la concentración, memoria visual, coordinación visomotora y velocidad psicomotriz.

Figuras incompletas

Consiste en 21 tarjetas con dibujos, a cada uno de los cuales falta una parte, que el sujeto debe encontrar.

Mide organización y concentración visual, donde el sujeto debe hacer un esfuerzo voluntario para comparar el modelo a la vista con el modelo interiorizado.

Diseño con cubos

La persona reproduce los dibujos de dificultades crecientes, que requieren de 4 a 9 cubos. Los cubos tienen lados rojos y blancos teniendo un determinado tiempo para ejecutar esa tarea.

Ordenamiento de figuras

Cada ítem consta de una serie de figuras que hay que disponer en la secuencia adecuada para que relaten una historia tomando en cuenta el tiempo. Mide organización visual, capacidad de anticipación a partir una situación semi-estructurada y sentido común.

Ensamble de objetos

Se le presenta al sujeto 4 figuras en forma de rompecabezas, siendo su tarea armarlas correctamente y se toma el tiempo. Este mide coordinación visomotora, imaginación y planeación.

ADMINISTRACIÓN DE LA PRUEBA

El orientador primero que nada debe establecer un buen rapport con la persona que se va a someter a esta prueba, pues es susceptible a los grados de ansiedad que pueda presentar el sujeto.

Se le aplica cada subtest conforme se vayan ejecutando, y es necesario indicarle que en algunos hay un límite de tiempo.

El orientador debe apuntar las respuestas integrales como fueron presentados por el examinado.

El orientador debe brindarle ningún tipo de material verbal que el examinado debe utilizar para obtener respuestas correctas.

f) Inventario multifásico de la personalidad. M.M.P.I. (Español)

“ La investigación de este test se inició a fines de la década de 1930 sus autores el psicólogo Hathaway, y el psiquiatra Mckinley reconocieron la necesidad que había de medir los trastornos psicopatológicos de manera objetiva y de ahí surgió el inventario multifásico de la personalidad mejor conocido como el M.M.P.I. la prueba a sido de gran utilidad siendo esta una herramienta que aporta diversos rasgos de personalidad y nos deja ver cuales son las escalas que se encuentran más altos o más bajos, ubicando así al paciente en un diagnostico tentativo.” (NÚÑEZ, 1985, p. 25 a 45)

- | | |
|---------------------------------|------------------------------|
| * Hipocondriasis (Hs) | * Paranoia |
| * Depresión (D) | * Psicastenia (Pt) |
| * Histeria (Hi) | * Esquizofrenia (Sc) |
| * Desviación psicopática (Pd) | * Hipomanía (Ma) |
| * Masculinidad y feminidad | * Introversión social (Is) |

Hipocondría:

Los pacientes con puntuación alta en esta escala presentan: cansancio, tendencia a la inactividad, letárgico, sentirse enfermo, insatisfecho, derrotista acerca del tratamiento, egoístas, narcisistas, pesimistas.

Depresión:

Se considera a menudo como la escala de “ estado de ánimo “ ya que por medio de ella es posible encontrar estados emocionales momentáneos y transitorios. La puntuación alta en esta escala lo integran personas serias, modestas, generosas y sentimentales.

Histeria:

La puntuación alta en esta escala sufren con frecuencia de taquicardias, cefaleas y en sus relaciones familiares los casados tienen problemas matrimoniales y los solteros tienen problemas con otros miembros de la familia.

Desviación psicopática:

Se encuentra con frecuencia esta escala en adolescentes y adultos de 20 años, presentándose como rebeldía. La puntuación elevada en esta escala se ha encontrado el clásico cuadro de personalidad psicopática, reacción antisocial, perversión sexual o alcoholismo.

Masculino/femenino:

Para cualquiera de los dos sexos una puntuación elevada en esta escala implica una orientación en dirección al sexo opuesto. Son personas con facilidad de palabra que les permite transmitir claramente sus ideas, y son de tal manera efectivos y convincentes.

Paranoide:

La puntuación en esta escala encontramos a personas perfeccionistas, difíciles de llegar a conocer, tercos, emotivos, sensibles en sus relaciones interpersonales y dados a preocuparse por lo que otros puedan llegar a pensar de ellos.

Psicastenia:

Las personas que se encuentran dentro de esta categoría presentan demasiadas dudas, dificultad para lograr decisiones , gran variedad de temores, excesiva

preocupación obsesiva, actos compulsivos y ritualistas, perfeccionistas en sus exigencias en ellos mismos.

Esquizofrenia:

El sujeto normal con puntuación alta en esta escala es una persona difícil en sus relaciones interpersonales, negativo, apático, extraño, con poco talento social.

Manía:

El sujeto normal que ofrece una puntuación alta es optimista, decidido, expansivo y no encuentra atado a las costumbres sociales que lo rodean. Los cuadros maniacos están divididos en tres grados: Hipomanía, manía aguda y manía leve.

Introversión social:

Las puntuaciones altas en esta escala se encuentran en personas apáticas, conscientes de si mismas, tímidas, inseguras, modestas, con falta de originalidad en la resolución de sus problemas.

ESCALA L (Mentira)

Las personas que puntúan alto en esta escala nos habla de gente mentirosa que quieren mostrarse bien adaptados y buenos.

Puntuación T baja: Utilidad del Perfil. Posiblemente se aparenta tener problemas emocionales o graves.

Fuentes de elevación. Se responde verdadero a todo lo que produce un perfil elevado.

Interpretación: En puntuación baja presenta, patología exagerada, indica persona cínica o sarcástica.

ESCALA F (Frecuencia)

Puntuación T alta: Utilidad del Perfil: Validez cuestionable.

Fuente de elevación: Patología fingida, proceso psicótico, se responde a todo cierto

Interpretación: Súplica de ayuda. Crisis de identidad adolescente, estados de confusión.

ESCALA K (Corrección)

Puntuación T baja: Fuentes de Elevación. Al responder finge de forma inadecuada.

- Responde a todo verdadero.
- Defensas inadecuadas.
- Súplica de ayuda.

Las escalas se elaboraron empíricamente siguiendo el criterio del diagnóstico psiquiátrico tradicional. Las escalas escogidas originalmente fueron simplemente aquellas que se derivaron con mayor facilidad por la frecuencia de la respuesta. Los datos normativos originales se derivaron de una muestra de 700 sujetos “ normales “ que acudieron a la Universidad de Minnesota. Las escalas se obtuvieron contrastando los grupos de sujetos normales con casos clínicos estudiados cuidadosamente.

II.- PSICOSIS

Las psicosis son formas de enfermedades mentales muy intensas e incapacitantes.

El término "locura" se usaba antiguamente para referirse a esa clase de trastornos; todavía en la actualidad la "locura" es un término legal empleado para referirse a aquellos individuos que no pueden manejar sus propios asuntos de manera adecuada, como resultado de trastorno mental grave.

“ La personalidad del individuo psicótico por lo general es desorganizada, incapaz de desenvolverse socialmente de manera normal, y en ocasiones debe ser internado en un hospital. Algunos expertos en ese problema creen que existe continuidad desde lo normal, o sea desde los bien adaptados, a través de la psiconeurosis, hasta la psicosis. Las diferencias son consideradas en su mayor parte como asunto de intensidad de los síntomas, más que de diferencias de clases. ” (ÁVILA Espada A. 1987. p. 85)

1.- CARACTERÍSTICAS DE LA PSICOSIS

“ Marcada pérdida del control voluntario de pensamientos, emociones e impulsos. Capacidad menoscabada para diferenciar entre la realidad y experiencias subjetivas. Las fantasías son aceptadas como hechos. La realidad puede ser alterada por la sustitución de experiencias subjetivas (delirios y alucinaciones).” (LLOPIS, B., 1992. p. 35, 36, 37.)

El paciente acepta su estado. Puede que no comprenda o niegue que hay algo mal dentro de él o en su conducta. Marcada desorganización de la personalidad.

La capacidad para funcionamiento social afectivo y apropiado está particularmente afectada. Por lo común se requiere hospitalización o cuidado supervisado en el hogar.

2.- TIPOS DE PSICOSIS

Es común distinguir entre dos tipos generales de reacciones psicóticas: las funcionales y las orgánicas.

En las psicosis orgánicas existe alguna lesión orgánica cerebral que explica la reacción psicótica, mientras que no existe ninguna alteración anatomopatológica demostrable en el cerebro en relación con las psicosis funcionales.

a) Trastornos orgánicos

“ La lesión del cerebro humano puede dar como resultado pérdida de destreza del lenguaje, de la memoria de hechos recientes, confusión, inteligencia menoscabada, pérdida de la capacidad para almacenar nuevas memorias, trastornos del estado emocional y cefaleas, pérdida de la capacidad para hacer tareas manuales sencillas o ambas cosas.” (10) CASTILLA, C., 1980. p. 55, 56

Existen muchas enfermedades y lesiones del sistema nervioso central que pueden dar como resultado trastornos mentales y de la conducta.

Estos pueden causar una amplia gama de síntomas psicóticos, lo cual depende del tipo y extensión del daño sufrido por el sistema nervioso central, y de la personalidad anterior del paciente.

Como ejemplo de lo anterior las enfermedades infecciosas del cerebro incluyen paresia general (sífilis), paresia juvenil, sífilis cerebral epidémica y meningitis cerebroespinal epidémica. Los tumores cerebrales algunas veces dan como resultado conducta psicótica; y las lesiones del cráneo, como resultado de caídas o de accidentes de automóvil o de otra especie, ocasionalmente dan como resultado el desarrollo de psicosis.

Pocas lesiones craneales conducen directamente a la conducta psicótica, aun cuando estas lesiones den por resultado pérdida temporal de la conciencia. En algunos casos los trastornos metabólicos, incluidas deficiencias nutritivas, desequilibrios endócrinos, etc., dan como resultado perturbaciones de las funciones cerebrales y conducta psicótica subsecuente.

No es adecuado aquí examinar cada una de estas reacciones psicóticas en detalle; una revisión tan extensa quedaría más allá de los propósitos de este trabajo. Sin embargo vale la pena nombrar una categoría de psicosis orgánica que ha tenido cada vez mayor importancia en los años recientes; la psicosis de la vejez, esta se presenta en dos tipos: 1) demencia senil y 2) trastornos en que interviene la arteriosclerosis.

b) Trastornos funcionales

Estos se dividen en tres tipos principales: 1)Trastornos afectivos, 2)Trastornos paranoides, y 3)Trastornos esquizofrénicos.

1. Trastornos afectivos:

Los trastornos esquizofrénicos y paranoide se manifiestan principalmente por alteración de los procesos ideacionales y se advierte además disminución de las emociones. En cambio los trastornos afectivos consisten sobre todo en perturbaciones muy serias de tipo emocional en esta clasificación encontramos a las manías y depresiones.

2. Trastornos del pensamiento

Dentro de esta clasificación encontramos a la paranoia caracterizada esencialmente por ideas delirantes. En el DSMIV RT en el Trastorno delirante es de vital importancia las ideas delirantes que padecen los pacientes. Una idea delirante es una creencia falsa, generalmente específica del individuo, la cual no es susceptible de

modificación o de corrección por persuasión lógica o por exposición de evidencia contraria.

En ocasiones, como en la locura de dos, una idea delirante puede ser compartida con otra persona la cual es dominada por el paciente delirante, típicamente cónyuge.

“ Un sistema de ideas delirante, es un complejo embrollado basado en una premisa delirante por ejemplo, una persona cree falsamente que está siendo perseguida y desarrolla un sistema de ideas delirantes el cual consiste en razones por las cuales esta siendo perseguido, la identidad de sus perseguidores, los medios que ellos utilizan y la evidencia para apoyar sus convicciones.” (KEMBERG F. 1980. p. 78, 79)

La explicación de las ideas delirantes paranoides no han sido claramente establecidas. Prevalecen dos principales opiniones teóricas.

Una expresa que una disfunción bioquímica o fisiológica constituye el proceso básico de la enfermedad y que la idea delirante proviene de la percepciones defectuosas o de la interpretación originada por esta disfunción.

La otra opinión expresa que la formación de una idea delirante es una defensa psicológica que permite al paciente hacer frente a impulsos dolorosos o amenazadores, necesidades, o conflictos aun a costa de perder su contacto con la realidad.

Según esta opinión el paciente emplea los mismos mecanismos de rechazo y proyección que todos usamos a veces, sólo que en un grado exagerado y patológico.

“ Los diferentes tipos de ideas delirantes que refiere el DSMIV RT en pacientes psicóticos:” (12 DSM – IV RT, 2000. 268, 269)

- Tipos erotomaniacos
- Tipo de grandiosidad
- Tipo celotípico
- Tipo persecutorio
- Tipo somático
- Tipo mixto
- Tipo no especificado

Los delirios son generalmente bien sistematizados y, además, íntimamente bien entrelazados. La personalidad de este tipo de pacientes no está gravemente desorganizada, y de esta manera se diferencia de la esquizofrenia paranoide.

3.- Otros trastornos del funcionamiento

La esquizofrenia y los subtipos de la misma forma parte también de los trastornos del pensamiento. Como lo son: esquizofrenia de tipo paranoide, tipo desorganizado, tipo catatónico, tipo indiferenciado y tipo residual.

III.- PARANOIA

El termino “ paranoide “ ha tenido diversos significados en la historia, e incluso en la actualidad se emplea de diversas maneras. Los griegos empleaban la palabra *paranoia* para significar “ alteración “ o “ locura “. Este término fue aplicado por Kahlbaum en 1863 a una enfermedad crónica que se caracterizaba por delirios sistematizados que ocurrían independientemente de cualquier trastorno del afecto o deterioro intelectual. Kraepelin incorporó el término paranoia como categoría de enfermedad en su obra de texto publicada en 1912 y puso como relieve su iniciación insidiosa y su evolución crónica. El sufijo “oide” significa semejante, por eso se designa como paranoide a la persona que presenta rasgos atenuados que hacen recordar a la psicosis delirante paranoica.

“ Kraepelin consideró a la paranoia como un tipo fijo de enfermedad, que resulta exclusivamente de causas internas y se caracteriza por las ideas delirantes sistematizadas y persistentes, por la observación de pensamiento y conducta claros y ordenados y por la ausencia de alucinaciones” (GARFIELD I. 1987. p. 39, 40)

En la paranoia y la esquizofrenia paranoide, Kraepelin reconoció una entidad que asigno como parafrenía, diferente de la paranoia en el hecho de que las ideas delirantes carecen de la sistematización lógica propia de ésta y tienden a ser mas extravagantes, a veces aparecen alucinaciones en las parafrenias, la cual tarda muchos años en deteriorar los intereses generales del paciente o su personalidad o no deteriorar en lo absoluto.

La etimología del nombre que se le da a los trastornos mentales de este tipo, indica que el síntoma más conspicuo en estos enfermos se encuentra en el contenido del pensamiento.

1.- CARACTERÍSTICAS CLÁSICAS DE LA PARANOIA

Desconfianza

El rasgo paranoide se caracteriza por girar alrededor de un núcleo que es la desconfianza.

La falta de confianza, en última instancia, es un problema de fe. En la fe, que es el fundamento de la creencia, no hay lugar para la duda o el análisis, es creer sin que importe entender. Si bien tiene su máxima expresión en lo místico y religioso, la fe se enseorea en todos los terrenos de lo mental. Somos personas confiadas, confiamos en nuestro entorno, confiamos en que la rutina que tuvimos a lo largo de nuestra vida se va a repetir en el día de hoy, y luego en el día de mañana y así sucesivamente.

Hay una confianza básica, ingenua, en el sistema y en el medio que vivimos. También tenemos confianza en el resto de la gente; más allá de la crítica que podemos hacer, básicamente confiamos en nuestra comunidad, en nuestros familiares. De no existir esa confianza, esa fe, el grupo se disgregaría.

Es una confianza ingenua, porque si nos ponemos a analizar, sólo se basa en la repetición, en la costumbre, y eso es lo que descubre el paranoide. Es un hombre o una mujer que se planta frente al consenso y se pregunta el por qué de las bases de ese consenso y obtiene una conclusión negativa: que no estamos asentados en una comunidad que pueda darle tranquilidad absoluta y que las personas que lo rodean pueden ser potencialmente sus enemigos, no son leales o fieles. Aquí falta entonces la adhesión al sistema de creencias, común a lo consensuado. La desconfianza es tal vez el rasgo principal del paranoide.

Abuso del razonamiento deductivo

Si alguien desconfía de un sistema de creencias consensuado, evidentemente debe formar, si no se desmorona como persona, su propio sistema de creencias.

Éste se va a basar en un uso abusivo del razonamiento, de la interpretación, que formará una posición muy particular en relación con el resto de las personas.

Utiliza básicamente un tipo de razonamiento deductivo que parte de un prejuicio, por ejemplo: "Me quieren perjudicar", que los hechos particulares sólo confirman o no. Es este prejuicio el origen de muchos de sus juicios falsos, y hace que interprete las acciones de los demás como rebajantes, amenazantes y hostiles; en consecuencia, siempre son obstinados, rígidos y están a la defensiva.

“El pensar razonado es el juez infalible sobre el ser o el no ser. Ninguna cosa inmediata debe aceptarse de por sí como real: todo debe «fundamentarse». Sólo es real lo que puede explicarse. Lo que no puede explicarse mediante axiomas libres de contradicción no existe.”

Búsqueda de claves

Los paranoides tratan de buscar las claves que revelan las intenciones de los demás, buscan la segunda intención, la prueba que demuestre que estaban en lo cierto. Dividen a las personas entre los que están con ellos y los que están en contra, no hay términos medios.

Evitación de intimidad

Se mantienen firmes en su postura; evitan la intimidad por temor a dar información que pueda ser utilizada como arma por sus enemigos. “Evito la intimidad, el contacto, mantengo un tipo de relación superficial, y por supuesto que voy a ser susceptible, voy a estar alerta ante las actividades de los demás.

Detalles que para otros pueden ser cosas triviales, banales, para mí encajan perfectamente en un patrón concatenador de hechos, que pueden llegar a ser indicios de un complot o algo que están tramando en mi contra.

Estado de Alerta

Por eso están muy alertas. Se nota en el paranoide, cuando se lo observa, el estado de alerta, de tensión. Es una persona que está en lucha: “olfatea” el ataque, el complot y la infidelidad donde los otros nada ven.

Rencorosos

Son rencorosos; recuerdan los agravios, las humillaciones y los insultos por siempre, y están a la espera del retruque y la venganza. La sobrevaloración, la intolerancia a la crítica, la autojustificación de los errores, el humor irónico y la necesidad del contrincante (siempre están peleando con alguien), completan los rasgos de esta personalidad.

Desde el punto de vista clásico se caracteriza a estas personalidades por los siguientes items: desconfianza, susceptibilidad, proyección, auto referencia, grandiosidad.

En este caso, “proyección” es atribuirle a los demás intenciones que coinciden con los prejuicios del paranoide.

Grandiosidad

Se dice “grandiosidad” porque tienen su propia manera de ver el mundo y le dan un alto grado de validez respecto de la forma en que lo evalúan los demás. “La diferencia entre los otros y yo es que pienso; lo que digo lo razono en todos los detalles y las otras personas no. (narcisismo).”

El porte

Si lo describimos, observamos que es muy detallista, puntilloso; es una persona de porte prolijo, no es un desaliñado o un bohemio: es atildado y conserva una postura erecta, desafiante; la mirada es hacia los ojos, de estudio. Mira a los ojos o de costado. Los rasgos suelen ser duros, el entrecejo ceñido. Inspira respeto.

Cuando está frente a nosotros nos estudia, sentimos la sensación de estar rindiendo examen. Sopesa constantemente lo que decimos, cómo lo decimos, y sobre todo cómo nos dirigimos a él. Se considera una persona respetable y de valor.

Un hombre de dos caras

Si tenemos oportunidad de hablar con un familiar, vamos a encontrar un rasgo cuya descripción aún no he hallado en la literatura: el paranoide tiene una conducta bifronte: tiene un tipo de conducta para los allegados y otra muy distinta para los otros. “En casa siempre está malhumorado, poco comunicativo, pero con sus amigos o en el trabajo es otra persona: hace bromas, charla con todos, se hace querer.”

Respeto por la jerarquía

Otro rasgo es el respeto por la jerarquía. A pesar de la desconfianza, el paranoide valoriza mucho la jerarquía. Es éste un elemento muy importante para ser tenido en cuenta por el psicoterapeuta. Tienen un sistema de jerarquías, respetan a unos y desvalorizan a otros. Y así en todos los ítems de la vida. En la familia o en el trabajo, por ejemplo, respetan sólo a las personas a las que les atribuyen cualidades suficientemente valiosas, Al resto los descalifican.

2.- RASGOS DEL CARACTER

“ El trastorno se caracteriza por su iniciación insidiosa de ideas delirantes de persecución que se vuelven de manera gradual el centro de la vida del paciente. Así mismo , las ideas delirantes son firmes en el interior, en realidad, el psicólogo puede tener dificultades para decidir el punto en que termina las aflicciones por las desdichas legítimas y se inician las fantasías psicóticas. Lo que puede iniciarse como experiencia frustrante. Estos pacientes pueden recurrir a los litigios y solicitar ayuda de las autoridades públicas. ” (BERISTEIN Duglas, 1991. p. 98, 99)

Algunos presentan el delirio celotípico, como celos hacia su pareja o a personas significativas que le rodeen. Puede encontrar una importancia especial en diversos acontecimientos, fragmentos de conversación o artículos del hogar colocados en lugares erróneos.

Son comunes los temas sexuales en la paranoia y en otros trastornos paranoides. Los varones temen que sus perseguidores pretendan enfrascarse en actividad sexual con ellos.

Las personas paranoides se comportan y comunican de manera normal fuera de sus preocupaciones delirantes.

Sus reacciones emocionales se sujetan a las esperanzas de una persona normal que afronta la misma esperanza o el mismo peligro.

Durante una entrevista el paciente puede sentirse muy motivado para hablar de sus creencias delirantes y de ganar al clínico como aliado.

Rara vez los pacientes tienen conciencia del hecho de que están enfermos, y su asistencia al servicio de terapia suele ser resultado de la presión de los familiares a que acuda.

En algunos casos los pacientes desesperados piden ser hospitalizado para ser protegido de sus perseguidores fantaseados.

Puede haber depresión con ideación suicida, en el paciente que ha agotado todos sus recursos personales afrontando una vida que se ha convertido en una pesadilla.

No son capaces de participar de manera activa en la contienda de su vida, constantemente sufren, porque al ser dependientes son presas fáciles de la manipulación de otra persona, además gastan mucha energía, al estar constantemente pendiente de los demás, por esa misma razón no disfrutan sus triunfos y no es raro que caigan en sus depresiones.

Esta desconfianza y suspicacia hace que la persona paranoide se muestre tensa, ansiosa, insegura, y en sus relaciones son superficiales, muestran dificultad para sostener relaciones interpersonales fuertes y estables evitando tener todo tipo de intimidad y compromiso, es así como paradójicamente contribuyen a quedarse solos.

3.- MECANISMOS DE DEFENSA

“ Freud tenía mucho que decir sobre los mecanismos de defensa y de su papel tan importante, como medio de afrontar las situaciones difíciles que se le presentan al ego. La porción inconsciente del yo y por tanto menos estrictamente restringidas por las exigencias de la realidad, actúa para, rechazar y disfrazar motivos, percepciones y otros contenidos psicológicos.” (GIOVANOCHINI J. 1985. p. 402, 403,)

El yo elabora estrategias que protegen contra las fuerzas opresoras del ello, del super yo y de la realidad externa. El yo consciente a veces no se percata del daño que causa.

Los mecanismos mentales y las reacciones que se observan en la paranoia no son sino exageraciones de los rasgos que constantemente se notan entre personas que no se consideran psicóticas.

Dentro de los mecanismos se encuentran unos menos evolucionados que otros, específicamente en el problema de trastorno de la personalidad paranoide utiliza los mecanismos mas primitivos y con esto no quiere decir que no sean efectivos.

Todo es mejor que no hacer nada, es por eso que los mecanismos de defensa forman una parte importante en la psique, ya que todos de manera inconsciente hacemos uso de ellos para conservar el equilibrio emocional, y aminora la carga además de mitigar el dolor, mientras se encuentra una resolución efectiva. Entre ellos se encuentran los siguientes:

a) Proyección:

Proceso por el cual se le atribuyen a los demás aquellos impulsos o fantasías u otras tensiones que resultan impercatables o intolerantes para uno mismo.

Sirve para evitar que la culpabilidad despierte sentimientos de angustia y que use el rol de victima e inocente. Es un temor alterado de ser dañado por otras personas.

No es raro que el individuo paranoide trate a las demás personas como proyecciones de alguna de sus propias tendencias inconscientes. Como resultado de las afirmaciones que hace, de sus modales y de su conducta, el enfermo aleja a sus amigos y crea enemigos

El sujeto se proyecta cuando no puede ver sus errores, pero en cambio los percibe de los demás. El mecanismo de proyección hace que una persona atribuya falsamente sus propias cualidades de otra.

Paradójicamente están listos para ver y condenar las debilidades de los demás. Al hacerlo están desviando sus propios miedos de ellos mismos.

Cuanto más angustia experimenta la persona, mayor será el incremento de la sospecha de que la quieren perjudicar, los pacientes paranoides es lo que continuamente están experimentando.

b) Negación:

La negación surge como una defensa para impedir las manifestaciones directas o inconscientes de su envidia, hostilidad o agresión que pueden sentir las personas contra él.

Consiste este en la negación de las realidades dolorosas que se le presentan al paranoide. Es uno de los mecanismos a los cuales recurre en primera instancia, como primer recurso defensivo del yo, con el fin de darle una organización rápida a la situación por la que está pasando, que está poniendo en riesgo su estabilidad emocional.

Este mecanismo va de la mano con otro que es muy importante, al mecanismo al que nos referimos es al de represión, y consiste en interrumpir la percepción consciente de un sentimiento, idea o un hecho, que puede ser considerado ya sea doloroso o con significado censurable, además de evitar que esa energía salga hacia fuera, es un mecanismo poco efectivo, porque al presentarse condiciones semejantes a los sucesos que están siendo reprimidos, se responde de manera automática dejando al descubierto el conflicto.

c) Formación reactiva:

“La formación reactiva es una consecuencia de la represión para consolidarla como método efectivo de estabilidad. Las negaciones y los sentimientos y de culpa movilizan a la psique para tener una válvula de escape y deshacerse de ellos, mostrando una conducta socialmente aceptable.” (MEISSNER L. 1985. p. 306, 307)

Sirve para protegerse de tomar conciencia de su agresión, de las necesidades de dependencia, de sus deseos de ser aceptado, de sus manifestaciones de emotividad y afecto de los demás en el fondo se quiere proteger de la traición y rechazo. Generalmente caen en la exageración, mientras el impulso sea más hostil.

Algunos ejemplos sobre el uso de este mecanismo son: Un hombre que nunca olvida los días importantes de sus amigos o personas queridas siempre trata de hacer lo que ellos no desean que haga o de regalarles cosas que no les agrada, en la oficina hacer las cosas de manera incorrecta. Darles dulces cuando la persona esta a dieta o darles flores que asocia con funerales.

4.- RELACIONES OBJETALES

“ El paranoide proviene de padres autoritarios, ásperos y crueles, casi siempre por parte de su madre, siendo ella una persona hostil y dominante, que rechazo al niño y por medio de acusaciones le produjo miedo, angustia, sentimientos de insuficiencia y de ser un “ **niño malo** “ los cuales, sin embargo, el paciente nunca llega a aceptar. Por lo general hay una identificación con el sexo opuesto.” (KOLB Lawrence. 1995. p. 206)

Artiss ha sugerido que también otra serie de eventos fomentan la personalidad paranoide.

Cuando el progenitor estimula grandes esperanzas de alcanzar éxitos prominentes, el niño, inseguro de él mismo, puede desarrollar anhelos secretos para lograr sus objetivos deseados recurre a fantasías, que secretamente elabora como un medio para mantener el respeto dentro del grupo familiar. Cuando dichas fantasías se frustran, aparece de inmediato la ansiedad, angustia y depresión.

El futuro paciente se vuelve cada vez mas sensible respecto a la actitud y la conducta de los demás, exagera detalles insignificantes que le preocupan intensamente, y a veces piensa que los demás quieren hacerle daño.

Carece de sentido del humor, y da la impresión de ser egoísta, sarcástico, derogatorio, amargado y rencoroso. Habitualmente el paranoide critica todo, ha sido exigente, inflexible, parcial, desconfiado, impaciente, desafía los convencionalismos

Es frecuente que el paciente se exprese de su infancia y “ **diga que fue tratado en forma sádica durante la primera infancia, con experiencias repetidas de vergüenza y humillación** “ (KOLB Lawrence. 1995. p. 56, 57)

Madre:

La madre del paciente paranoide es una madre dominante con sus hijos al igual que en la pareja formando siempre la parte activa. Ella es la que lleva la batuta y la que controla todo, es inteligente al adaptarse a las condiciones que le exige el ambiente antes de perder el control, en ocasiones se muestra distante, esta puede ser una de las formas en las cuales puede atacar más a sus hijos, ya que el retraimiento produce frustración en los hijos.

La madre ausente y hostil cuando expresa la cercanía afectuosa con los hijos, el paciente experimenta dichas manifestaciones de afecto y apego como amenazantes y las vive con miedo.

La madre tiene un papel importante en el desarrollo de la enfermedad, ya que ella al mantenerse distante del hijo y en ocasiones cercana, le produce a su hijo sentimientos de amor y castigo, la alianza que tienen padre y madre le producen miedo al hijo.

Padre:

El hijo aprende en los primeros años de vida que sus padres se interesan más por otros aspectos que por el cariño o intimidad. El padre es un sujeto insatisfecho de lo que tiene y desea modificar el mundo por medio de reformas intelectuales, inflexibles, es lejano y crítico de todo y de todo lo que le rodea, principalmente se muestra débil.

El padre de estos pacientes se muestra generalmente ausente o distante, ya que son personas dependientes, desempeñan un papel pasivo dentro de las relaciones intrafamiliares.

El paciente siente que sus derechos como ser humano no son tomados en cuenta por ambos padres, trayendo por consecuencia el no saber el límite entre sus derechos y el de los demás.

IV.- ETIOLOGÍA

“ Parece haber hechos convincentes que demuestran que las causas de la paranoia y de los estados paranoides son psicológicas. Entre estas causas psicológicas están los anhelos ambiciosos, pero frustrados, el hecho de que la personalidad sienta necesidad de defenderse contra tendencias indeseables e impulsos repudiados, sentimientos de inseguridad, u de culpa o de otros factores angustiantes, el fracaso continuo al no lograr los objetivos sobre valorados o la necesidad de aumentar su prestigio y autoestima.” (PORTOANDO Juan. 1983. p. 338, 339)

Las causas de la paranoia, por lo tanto, deben buscarse en la necesidad de proteger los aspectos vulnerables de la personalidad, en el anhelo de lograr un prestigio mayor del que ameritan los éxitos del paciente, en los conflictos mentales particulares del individuo.

Como resultado de estas experiencias emocionales y las frustraciones, suelen establecerse patrones de odio y agresión, no obstante, el niño tiene que hacer un esfuerzo para reprimirlos a causa del miedo que siente hacia uno de sus padres.

A veces lastima hacia sí mismo o la rivalidad con un hermano parece facilitar el establecimiento de las tendencias paranoides.

El futuro paciente se vuelve cada vez mas sensible respecto a la actitud y la conducta de los demás, exagera detalles insignificantes que le preocupan intensamente, y a veces piensa que los demás quieren hacerle daño.

Carece de sentido del humor, y da la impresión de ser egoísta, sarcástico, derogatorio, amargado y rencoroso.

Habitualmente el paranoide critica todo, ha sido exigente, inflexible, parcial, desconfiar, impaciente, desafía los convencionalismos. La iniciación ocurre de manera típica en la madurez o un poco más tarde, y son pocas las primeras hospitalizaciones antes de los 35 años.

1.- ENFOQUE PSIQUIATRICO

No se conoce la causa de la paranoia pero se han propuesto diversas teorías la mayor parte de las cuales insisten en mecanismos psicológicos.

“ Los primeros psiquiatras del siglo XX, como Kraepelin y Kretschmer, postularon que el trastorno era resultado de estrés psicológico abrumador en un sujeto con un tipo de personalidad premórbida, caracterizada por desconfianza e hipersensibilidad a los desaires. Los investigadores subsecuentes han postulado un déficit de desarrollo de la capacidad para confiar en los demás” (PORTOANDO Juan. 1983. p. 98, 99)

Cameron puso de relieve que los sujetos paranoides tienen incapacidad para comparar las perspectivas de los otros con las propias. Por lo tanto, parecen ser personas antisociales y aisladas que deben estar muy al tanto de las cosas por la posibilidad de que ocurra algo amenazador.

Algunos de los factores que pueden influir para el desarrollo de la paranoia pueden ser: Eventos que confirme que el sujeto es maltratado, aumento de la desconfianza y sospecha, aislamiento, disminución de la autoestima, la fijación y regresión a un núcleo narcisista de la personalidad.

Cameron ha descrito la secuencia de acontecimientos que culmina en el desarrollo de un sistema delirante paranoide. En un principio el paciente experimenta sentimientos de amenazas y vulnerabilidad personales. El origen de éstos sentimientos pueden ser un problema real o imaginario, éstos pacientes tratan de explicar sus reacciones buscando e identificando una actitud hostil en quienes lo rodean. Tratan de hablar de sus sospechas con otros, quienes lo único que hacen es discutir con él y tratar de convencerlo de que está equivocado. Como consecuencia estas personas se vuelven también sospechosas. Esta podría ser una de las formas en que se van conformando sus delirios persecutorios

Recientemente se realizó un estudio de imaginología cerebral a homosexuales donde han sido reportadas alteraciones estructurales.

Actualmente se están haciendo estudios para detectar alteraciones estructurales en pacientes psicóticos con paranoia, buscando el substrato neuroanatómico para saber si se corrobora su relación con el proceso psicótico y la orientación sexual.

2.- ENFOQUE PSICOANALITICO

“La teoría psicoanalítica propuesta por el Dr. Sigmund Freud y la más aceptada plantea la homosexualidad reprimida como el factor psicodinámico central de la génesis de la paranoia.” (PEINADO José, 1978. p. 114, 115)

Según Freud es a través del mecanismo de proyección , gracias al cual el afecto original reprimido, y por ende conscientemente rechazado, es invertido y transferido al objeto de los impulsos homosexuales.

La psicodinamia del paranoico Freud la resume de la siguiente manera: Un sujeto “**ama al otro**” para la persona es conscientemente inadmisibile, se cambia por “**No lo amo, lo odio.**” que para ser aceptable requiere la proyección en forma de “**El me odia**” y se elabora hasta quedar como “**El me persigue**”

“ La persistencia de impulsos homosexuales, no reconocidos conscientemente, pueden sin duda organizarse en más de un factor, pero lo mas frecuente es que el paranoide, igual que el homosexual, se caracterice por gestos infantiles y huellas maternas.” (PEINADO José. 1978. p. 225, 226)

El verdadero paranoide suele ser una persona de dotación intelectual superior, no obstante, su energía se gasta principalmente en repudiar deseos que él se niega a reconocer como tales, en hacer esfuerzos compensadores por medio de los cuales puede acrecentar su autoestimación, y en anhelar las satisfacciones que la vida no le han proporcionado; en consecuencia sus relaciones sociales se deterioran.

2.- CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO

a) DSM IV RT

Diagnóstico diferencial psiquiátrico

El diagnóstico de trastorno delirante sólo se establece cuando la idea delirante no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica. Un **delirium**, una **demencia** o un **trastorno psicótico** debido a enfermedad médica. Un **trastorno psicótico inducido por sustancias**, especialmente el debido a estimulantes como las anfetaminas o la cocaína.

El trastorno delirante puede distinguirse de la **esquizofrenia** y del **trastorno esquizofeniforme** por la ausencia de los demás síntomas caracterizados de la fase activa de la esquizofrenia.

Puede resultar difícil distinguir los trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos del trastorno delirante, porque los síntomas psicóticos asociados a los trastornos del estado de ánimo suelen implicar la presencia de ideas delirantes no extrañas, sin alucinaciones claras y el trastorno delirante frecuentemente lleva asociados síntomas afectivos.

Los sujetos con **trastorno psicótico compartido** pueden presentar síntomas parecidos a los que se observan en el trastorno delirante, pero la alteración tiene una etiología y un curso característico.

El trastorno psicótico breve se diferencia del trastorno delirante por el hecho de que los síntomas delirantes duran menos de un mes.

Puede resultar difícil diferenciar **la hipocondría** del trastorno delirante. En la hipocondría el temor y la preocupación de tener una enfermedad grave se sostiene con una intensidad menor que el trastorno delirante. El **trastorno dismórfico** implica una preocupación por algún efecto imaginario en el aspecto físico. El trastorno **paranoide** de la personalidad, al contrario que en el trastorno delirante no hay creencias delirantes o persistentes o bien definidas. Siempre que una persona

con un trastorno delirante tenga un trastorno de la personalidad debe registrarse en el Eje II, seguido entre paréntesis (premórbido)

b) DSM IV RT

F22.0 Trastorno delirante

- A. Ideas delirantes no extrañas (p. Ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.
- B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia. Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.
- C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.
- D. Si se han producido episodios efectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos delirantes.
- E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. Ej., una droga o un medicamento) o una enfermedad médica.

Especificar tipo (se asigna los siguientes tipos en base al tema delirante que predomine):

Tipos erotomaniacos: Ideas delirantes de otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto.

Tipo de grandiosidad: Ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimiento, identidad, o relación espacial con una divinidad o una persona famosa.

Tipo celotípico: Ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel

Tipo persecutorio: Ideas delirantes de que la persona o alguien próximo a ella está siendo perjudicada de alguna forma.

Tipo somático: Ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica.

Tipo mixto: Ideas delirantes características de mas de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema.

Tipo no especificado.

c) DSM IV RT

Criterios para el diagnóstico de F41.1

Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)

A. La ansiedad y preocupación se asocia a tres o más de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses) Nota: en los niños solo se requiere uno de esto seis síntomas.

(1) Inquietud o impaciencia

(2) Fatigabilidad fácil.

(3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.

(4) Irritabilidad.

(5) Tensión muscular

(6) Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

B. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje. I; por ejemplo. La ansiedad o preocupación no hace referencia a la preocupación no hace a la referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en publico como en la fobia social, contraer una enfermedad, estar lejos d casa o de los seres queridos, engordar, tener quejas de múltiples síntomas físicos o padecer una enfermedad grave y la ansiedad o preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés post traumático.

C. La ansiedad y preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, o laboral de otras áreas o importantes de la actividad del individuo.

D. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., drogas fármacos, o una enfermedad médica (p, Ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

d) Evaluación multiaxial

Eje 1. F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Eje 2. F22.0 Trastorno delirante

Eje 3 . No tiene o presenta enfermedad clínica

Eje 4. Presenta problemas psicosociales, debido a que no puede entablar una relación con su entorno ya que le parece hostil, y no permite el acercamiento de los demás

Eje 5. 60 a 50

METODOLOGÍA

El procedimiento se basa en un reporte clínico psicodiagnóstico normal para una evaluación de caso. Este análisis se llevo a cabo por medio de entrevistas semanales asesorada por profesores especializados en la materia.

Con ayuda de las entrevistas se realizó una historia clínica, aplicación de una batería de pruebas que constaba de `pruebas tanto objetivas como subjetivas. Por medio de estas herramientas utilizadas se realizó un diagnóstico del paciente .

Pruebas utilizadas:

Escala Wechsler para adultos WAIS (Inteligencia)
Test visomotor de Bender Para descartar algún daño orgánico.
Inventario multifásico de la personalidad M.M.P.I. (Personalidad)
Test de la figura humana de Karen Machover: (Proyectiva)
Test del árbol (Proyectiva)
Test de la casa (Proyectiva)

Los datos que arrojaron estas pruebas son muy importantes para corroborar con lo que se tiene en la historia clínica, para que con ambas cosas se realice un buen diagnóstico , para de esta forma poder buscar posibles alternativas de curación para una buena adaptación a la vida.

LUGAR DE TRABAJO

Las sesiones se realizaron en un consultorio, ubicado en la calle de Mariano Jiménez No. 85, Chapultepec Sur. En este lugar se encuentran otros consultorios donde también se imparte ayuda psicológica, 1 psicoanalista y 1 psiquiatra de niños.

EVALUACIÓN

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

I) Historia clínica

1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: JJCh

Edad: 28 años

Fecha de nacimiento: 07 de octubre 1972.

Sexo: Masculino

Estado civil: Soltero

Ocupación: Estudiante

Escolaridad: Tec. En Sistemas Computacionales y Lic. En Admón. de Empresas

Lugar de Nacimiento: México D.F.

Lugar de residencia: Morelia Mich.

Religión: Católica.

Fecha de entrevista: 26 de agosto 2001

Fuente y fidelidad de la información: Paciente.

2.- MOTIVO DE CONSULTA

El motivo que trajo al paciente JJCh fue que se le realizara un estudio que midiera su CI, para demostrarle a un compañero de oficina (jefe) que su nivel es más alto que el de él.

En el paciente se percibe en su discurso en el transcurso de la consulta una gran ansiedad y desconfianza a todo lo que le rodea y no desea hablar mucho de su familia más que lo necesario (superficialmente).

Expectativas del paciente:

Piensa poner todo de su parte para cooperar en la aplicación de las pruebas y en los datos que se le pidan para la elaboración de historia clínica y pruebas a aplicar. El paciente comenta que solo hablara en lo referente a las pruebas y en la área de su vida personal muestra limitaciones.

3.- PADECIMIENTO O PROBLEMA ACTUAL

Actualmente tiene problemas laborales debido a que tuvo un conflicto con su jefe (su amigo) el cual puso en duda su capacidad intelectual, por lo cual él decidió realizarse un estudio, el cuál le diera a conocer su CI. Con el fin de demostrar que él es una persona superior a cualquiera (todo estos datos los refiere el paciente) Toda esta situación le provoco un alto nivel de ansiedad e ira.

Sobre su familia comenta que tiene una relación cordial con todos los miembros, todos respetan el espacio de cada quien para evitar problemas.

Siente que todas las personas que le rodean le quieren hacer daño por lo mismo comenta que quiere saber muchas cosas de lo que estudia la psicología, para así de esta forma saber cuales son las intenciones de las personas que le rodean.

Presenta un estado anímico depresivo, en estos momentos, debido a que dudaron de su inteligencia y de sus capacidades para superar a cualquiera.

Presenta dificultad para dormir, a causa de que se la pasa casi toda la noche en el internet bajando información o canciones y a las 7 de la mañana entra al Tecnológico a clases y en la tarde trabaja y es poco tiempo o nulo el que descansa.

Continuamente tiene problemas laborales ya que percibe por parte de sus compañeros envidia y que siempre están tratando de sabotearle su trabajo, y él para defenderse de esto planea estrategias de defensa.

Tiene problemas en su salón de clases porque le es difícil trabajar en equipo y él prefiere que se divida el trabajo para él hacerlo en su casa y evitar convivir. Duda de la inteligencia de sus compañeros. Él se cree superior a todos sus compañeros de clase y cree que no es conveniente hacer trabajos en equipo porque ellos pueden salir beneficiados de sus notas.

En las fiestas, tiene mucha dificultad para socializar siente que la gente quiere algo más que socializar, además que le parece muy superficial este tipo de reuniones.

Cree que la gente saca un provecho de los demás, ya que no le parece que en las fiestas pueda encontrar una amistad. Por eso a él le interesa estudiar sobre la psicología para ver como puede sacar ventaja de saber lo que piensan los demás.

Menciona que siente una gran presión de su padre en lo referente a la área intelectual, y se esfuerza en esta área para demostrarle que puede. Se siente asediado por las exigencias de su padre y por las de su madre.

Su madre es una figura ausente emocionalmente, ella no muestra interés en él y se inclina más a las decisiones de su padre, lo cual le es muy molesto.

Actualmente se encierra continuamente para realizar proyectos sobre política y creación de un imperio (así lo llama él pero es un grupo) de un segmento en específico de funcionarios públicos, para crear estrategias de ataque.

4.- DATOS EVOLUTIVOS

Desarrollo temprano:

Nació en México en el Seguro Social, peso 3 kilos 300 gramos, fue parto normal, no presentó complicaciones post-parto, no fue amamantado por su madre, inició a caminar tempranamente a los 9 meses, también comenzó a hablar en una edad temprana. Sobre lo referente a control de esfínteres no se tiene información.

Primera infancia (2 a 5 años):

No dio datos referentes a esta edad menciona que no tiene recuerdos significativos.

Niñez (6 a 12):

Comenta que siempre estuvo a la sombra de su hermana la mayor y de la menor y no era tomado mucho en cuenta y tenía en esta etapa mucha exigencia de su padre en el área escolar y siempre sus padres se la pasaban comparándolos, cosa que le

molestaba bastante. Comenta que en esta edad él tenía un amiguito que lo defraudó traicionándolo con otro grupo de compañeros y éste es otro de los motivos por los cuales dice que no tiene amigos.

No comenta más datos sobre esta etapa.

Adolescencia:

La relación con sus amigos era mostrarse como muy social cosa que no le agradaba, pero guardaba muchas reservas de sí mismo hacía ellos, no se prestaba a desordenarse en la escuela, con la familia se mostraba muy reservado por que él sentía que no tenía el apoyo de ellos más que en algunas ocasiones de sus hermanas.

La única autoridad que le causaba conflicto era la de su padre. No consumió drogas o alcohol. Pocas veces pasó períodos de depresión en los cuales se aislaba.

Área escolar:

Preescolar:

Ingresó a los 4 años de edad, a escuela particular, Salesiano de México, a la cual siempre asistió ya que no faltaba aunque estuviera enfermo y siempre resaltó por sus buenas notas y sus habilidades.

Primaria:

Ingresó a la edad de 6 años, a escuela particular, Salesiano de México, a la cual siempre asistió y obtuvo buenas notas, no tuvo problemas con la autoridad en la escuela y siempre se distinguió por ser educado y respetuoso con sus compañeros y maestros.

Secundaria:

Ingresó a los 12 años, a escuela Federal 2, escuela de gobierno. En la cual salió muy bien era poco sociable.

Preparatoria:

Ingresó de 15 años, sus estudios eran a nivel Técnico en el Conalep I, en Sistemas Computacionales, al terminar esta carrera, dejó pasar un año para ingresar a la preparatoria abierta y en la cual cursó todos los bachilleratos. Ya que no sabía bien a que licenciatura quería ingresar. En esta misma etapa estaba estudiando en el Instituto Tecnológico de Morelia el idioma inglés, en el cual terminó recibiendo una constancia que certificaba que habla el inglés y por las tardes tomaba clases de alemán privadas ya que es el idioma que su ídolo hablaba (Hitler).

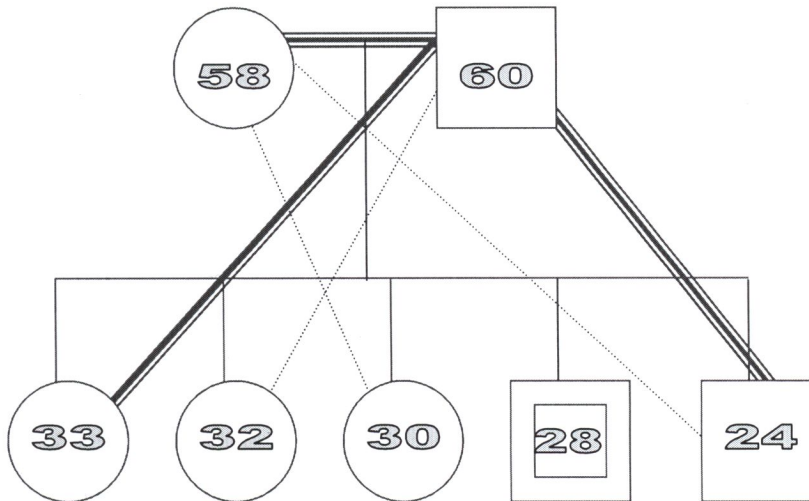
Profesional:

Inició a la edad de 23 años en el Tecnológico de Morelia, en la Licenciatura de Administración, como anteriormente ya se mencionó es una persona dedicada y que sobresale por sus calificaciones. Menciona que últimamente ha tenido problemas de sueño debido a que trabaja y estudia y en las noches se dedica a hacer su tarea y a estar en el internet, con su novia virtual.

En general no comenta muchos datos sobre su escuela y la relación que tenía con sus compañeros, se limita a decir que fue una persona muy inteligente y responsable. Se le preguntó a algunos de sus compañeros de escuela sobre su comportamiento, de lo cual comentaron que era un niño muy aislado que no le gustaba jugar en recreo y que se la pasaba observando como jugaban los demás y que por más que insistiera la maestra por hacerlo convivir a él no le agradaba.

ÁREA Familiar: (Familia de origen)

Genograma



5.- ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre:

Edad: 58

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Hogar

Si vive, comenta que recibe poco o nulo apoyo de ella, no comenta mucho sobre lo referente a aspectos familiares y evade generalmente este tema. Por lo general se muestra muy molesto al hablar de su madre ya que es una persona que no le a dado mucha apoyo como el lo esperaba y eso le causa conflicto.

Padre:

Edad: 60

Escolaridad; Secundaria

Ocupación: Propietario de un Camión de servicio publico

Si vive, refiere el paciente que de él no recibe mucho apoyo en lo referente a sus estudios y que tiene algunos inconvenientes con él, cuando se trata de profundizar en el tema él lo evade. Su padre es una persona que le exige que sea lo que el no pudo ser y lo que sus demás hijos no han logrado, y aunque el se esfuerza no le es apreciado la labor que el hace, ni no al contrario el padre apoya más a otros miembros dela familia menos agraciados.

Hermanos:

Nm

Edad: 33

Escolaridad: preparatoria

Ocupación: serigrafía, es un negocio propio.

Lm

Edad: 32

Escolaridad: Preparatoria,

Ocupación: Venta de playeras.

Fm 30

Escolaridad: Preparatoria

Ocupación: Gastronomía, es dueña de un restaurante Italiano en Morelia.

JJCh:

Paciente identificado

Eh

Edad: 24

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Trabaja un microbús propiedad de su padre.

La relación con sus hermanos es casi nula ya que se la pasa de la escuela al trabajo y del trabajo a su cuarto y el internet, se duerme y despierta y se va a la escuela y no convive con ellos, más que lo indispensable y necesario.

Otros familiares:

No menciona familiares ya que es muy estrecha la relación con los mismos y es poco lo que convive con ellos y con el único que se llevaba tiene 3 años que murió (sida), con el cual trabajo durante un tiempo en un centro nocturno del cual era dueño el tío.

Ambiente familiar:

El ambiente familiar lo describe como cordial y de respeto, nadie se mete con nadie y mucho menos el permite que se metan con él.

6.- AREA LABORAL

*Profesor de una Escuela de Computación

Se salió de este empleo porque la escuela quebró

Su manera de impartir clase era inflexible, para poner límites entre profesor y alumno.

* ACERCA

Puesto de capturista, su puesto no le gustaba porque le parecía que era para alguien con un CI inferior al de él. Se salió por término de contrato.

* INEGI

Puesto: Técnico en procesos de transferencia digital. Le agradaba el trabajo que desempeñaba en esta área. Se salió por término de contrato.

*Cartera vencida de teléfonos

Puesto: Notificar cartera vencida. Se salió por término de contrato. Le parecía un trabajo no apto para él.

* PRI

Trabajo en el cual estaba cuando inició el proceso terapéutico y del cual fue despedido por tratar de poner al jefe (su amigo por el cual fue a terapia) en contra de otros directivos

* Actual trabajo es en Oficinas de Gobierno del Estado.
Como jefe de Captura de datos..

Nota: En todos los trabajos es despedido o como él lo llama “ termino de contrato” es debido a que siente que todos los compañeros de trabajo o están en su contra o son uno incapaces. Y se la pasa creando conflictos en todas las oficinas tratando de hacer que la gente piense como él y si no es así el se siente sumamente amenazado.

7.- RELACIONES INTERPERSONALES

Posee poca habilidad para relacionarse, además que no les gusta estar con mucha gente prefiere la privacidad de su casa y en especial de su cuarto.

Es una persona que no le gusta convivir en grupo, no le gustan las fiestas y si asiste a ella, que es con frecuencia, es porque va a obtener un beneficio de la misma. Le es difícil el socializar ya que siempre vislumbra en los demás que le quieren hacer daño o que se quieren aprovechar de él, porque él no tiene amigos y si se le acerca alguien al quien no conoce supone que quiere algo y eso le molesta, y por lo mismo tiende a alejarse de los demás, cosa que le ha traído problemas en sus metas.

Su capacidad de establecer vínculos afectivos es deficiente ya que no menciona en su discurso ningún vinculo afectivo importante, ni con su madre.

Menciona que a la única persona que le tiene mucha confianza es a una amiga que le lee las cartas, caracoles etc. Para él es la única que sabe como es y a la que le puede confiar sus miedos y sus alegrías, ya que ella forma parte de sus triunfos.

Su relación con los demás es muy competitiva y sumamente desconfiado , es uno de los aspectos que resalta del motivo por el cual asistió a consulta.

Siempre esta compitiendo por ser el mejor ya sea en la escuela, trabajo, casa, amigos y todo lo que resulte un peligro para él, estas personas representan un obstáculo en sus objetivos a seguir.

Cuando se trata de realizar trabajos en equipo procura mantenerse al margen y que le den la parte que le toca para evitar el trabajar con los demás, y cuando sus

compañeros no están de acuerdo él realiza todo el trabajo, ya que duda de la eficiencia de ellos para realizar una tarea correctamente.

En el trabajo se limita a hacer las tareas que le corresponden y si le piden ayuda el no se las concede, trata de estar ocupado con sus labores, para de esta forma no tener tiempo de ayudarles.

Menciona que le encantaría tener una novia, pero a todas las mujeres que se les acerca se alejan cuando les habla de sus planes a futuro, ya que no están de acuerdo con sus ideas nazis entre otras cosas, que no menciona.

Por lo mismo la única relación que tiene es por internet y a ella evita comentarle muchos aspectos de su vida, porque no esta frente a ella..

8.- ÁREA SEXUAL

No le gusta hablar sobre ese tema, sólo menciona que le encantan las mujeres y menciona una frase algo extraña.

“ He andado en el fuego y no me he quemado “

Al mencionar esta frase él decidió ya no mencionar más sobre el tema. Le parece algo demasiado personal como para comentar a un desconocido.

El dice que nunca a tenido novia pero que le encantaría tener pero todas las mujeres que trata no les parece su forma de pensar y les asustan sus ideas. Dice que tiene una novia por internet, que no la conoce en persona.

9.- VIDA MARITAL

No esta casado y nunca ha tenido novia o alguna relación con el sexo opuesto. Menciona la existencia de una novia que tiene por el internet, con la cual habla todas las noche y le envía regalos.

10.- FARMACODEPENDENCIA

Es una persona aparentemente sana, no toma, no fuma, no toma pastillas ya que le parece una forma de mantenerse alejado de la realidad, y es mejor estar alerta que sedado.

11.- ANÁLISIS

Examen mental.

Conciencia clara.

Orientación: Se encuentra bien orientado en tiempo, lugar y persona.

Alteraciones del pensamiento y contenido.

Ideas de grandeza: Siente que es superior a toda la gente que es un hombre dotado de una gran inteligencia. Se siente Hitler y cree que él también proviene de una raza superior.

Ideas persecutorias. Siente que la gente trata de hacerle daño

Perturbaciones de los sentimientos:

Afecto inapropiado: Expresión del sentimiento que no concuerda con lo que expresa en ese momento. Ejemplo burlarse de la desgracia de los demás o el que le cause alegría la venganza.

No presenta perturbaciones de la conducta motora.

*** Diagnostico nosológico principal:**

Es una persona que trae un alto nivel de angustia y un poco de depresión, con un alto nivel de desconfianza hacia su exterior. Estamos hablando que el sujeto analizado tiene una Trastorno delirante.

Es muy obsesivo en todas las actividades que realiza y si las cosas no le salen como quiere se frustra y de deprime, esto le sucede cada que no se cumplen sus objetivos, que por lo general son mas altos de lo que esta a su alcance. En terapia adopta una actitud cerrada y hermética que dificulta el trabajo.

*** Pronostico.**

La posibilidad de cura son pocas o nulas, debido a que la persona no tiene la disposición de curarse y solo acude a bajar sus niveles de ansiedad, angustia y depresión, y ya logrado su objetivo deja de asistir a terapia y no se logra tener una continuidad en el tratamiento, y aunque siguen asistiendo no tiene una disposición de cambio.

En la última entrevista que se tuvo solo se limitó a comentar lo feliz que se sentía con su trabajo, ya que él tenía el poder en esa oficina. Y menciono un proyecto que está realizando el cual lo mantuvo alejado de la realidad por un mes.

La realización de este proyecto consistió en encerrarse durante un mes para elaborar un plan de trabajo para postularse a diputado durante 4 años. Estos datos pueden corroborar el pronóstico del paciente.

No desea regresar a terapia como tal, solo desea tener entrevistas para comentarme como a estado en su trabajo y en sus avances de su postulación.

*** Tratamiento.**

El tratamiento que se sugiere es el psicológico y farmacológico.

Los neurolepticos en dosis bajas puede dar lugar a una mejoría leve, también son necesarios por si existe una descompensación psicótica que requiera tratamiento y hospitalización.

La terapia que se sugiera es la psicoanalítica, donde se trabajara con la disminución de su ansiedad y la posible depresión en las que suelen caer los pacientes con Trastorno delirante.

*** Estrategias terapéuticas.**

Entrevista del paciente

Es muy importante que el terapeuta se gane la confianza del paciente, ya que de esta forma el paciente se podrá abrir para hablar más sobre aspectos personales y no sentirse investigado o agredido.

Establecimiento de objetivos

Hablar sobre el problema que lo hizo acudir a consulta

Trabajar con los datos que se recaben

Soluciones.

Aproximarse al núcleo que motiva su paranoia analizando e interpretando sus contenidos inconscientes

*** Evaluación del tratamiento.**

En las pocas sesiones que se tuvieron con el paciente se logró bajar sus niveles de ansiedad y depresión además de corroborar que su CI era lo esperado por él, esto hizo que tuviera una gran mejoría a nivel anímico y autoestima.

El objetivo de mantener una buena alianza de trabajo y rapport se dieron y con ayuda de esto se pudo lograr el objetivo establecido por el paciente de demostrar que es una persona inteligente.

Es muy difícil el trabajar más a fondo su Trastorno delirante ya que no hay una disposición de cambio por parte de la persona, ya que su objetivo desde el inicio fue otro y no se logró que el tratara de hablar sobre su desconfianza más a fondo, o hacer cambios en este aspecto.

El paciente solo tiene deseos de ser escuchado en momentos que se sienta mal ya cubierto esta necesidad el deja de asistir a terapia, debido a que ya no cree necesario seguir asistiendo.

b) Evaluación global..

Para JJCH su madre es una de las personas más significativas en su vida, muestra dependencia en general en sus relaciones, es muy ansioso, se puede observar que muestra preocupación en problemas relacionados con el área sexual y esta problemática le produce ansiedad, tiene sentimientos de inferioridad con respecto a su inteligencia.

Los resultados que se obtuvieron de la prueba WAIS fueron positivos a lo que el esperaba ya que tiene en puntuación total de CI 141, en la puntuación verbal es de 145 y en la puntuación de ejecución de 131.

El contacto con los demás le cuesta trabajo es una persona muy agresiva que para su trato se debe hacer con mucho cuidado para que no se sienta lastimado, es muy selectivo en su manera de relacionarse tiende a ser muy cuidadoso en es aspecto.

Es difícil acceder a él y que el acceda a los demás por su dificultad para hacer contacto. Es una persona muy rígida, va mucho con lo establecido o con lo que él mismo se establece, muestra un poco de inmadurez.

Es una persona que se adapta al medio con dificultad ya que le cuesta trabajo el relacionarse con la gente por su desconfianza y su forma de pensar.

JJCH hace un comentario interesante al ejecutar la figura del árbol, “El árbol esta enojado”, esto muestra la hostilidad, dependencia, inmadurez, el árbol o sea él se encuentra molesto porque no le están siendo cubiertas sus necesidades.

En la realización de la casa también hizo un comentario interesante “ mi casa no es ésta, porque la mía me gustara en forma de pirámide sin ventanas y con gran jardín y murallas que la rodean ”.

La manera en que lo han tratado a hecho que el ponga murallas y se encierre y no permita la comunicación con el exterior y que nadie entre en su mundo bonito o acogedor, ya que el se siente alrededor de un mundo hostil y desolador como lo es el desierto, esto en lo referente a que su casa la quiere como las pirámides.

Es una persona dependiente de sus pulsiones e instintos, posible existencia de una vida doble entendiendo por esto que actúe en diferentes formas como activo y/o pasivo.

Hay un predominio en el área intelectual, idealista, tiene una gran necesidad de figurar de resaltar de lo común, suele ser una persona fanática y apasionada de sus ideas, carencia de la conciencia.

Es una persona muy ambivalente con contradicciones íntimas, lucha entre su afectividad y su autocontrol, le cuesta trabajo adaptarse a algunas situaciones

El paciente muestra una mala adaptación en el área sexual. Si permite el trato pero con muchas reservas, ya que en general su dibujo es muy defensivo y principalmente agresivo.

Hay un predominio en el área intelectual, idealista, tiene una gran necesidad de figurar de resaltar de lo común, suele ser una persona fanática y apasionada de sus ideas, carencia de la conciencia.

En lo referente al fanatismo es una característica muy marcada en él, tiene un amor enfermizo hacia el nazismo el cual para él cubre todas sus expectativas como forma de gobierno.

La realización de la casa en general nos muestra que es una persona que tiende a comportarse de una manera cruda y directamente, la exageración de los accesos a la casa indica preocupación por la interacción.

Es una persona muy ambivalente con contradicciones íntimas, lucha entre su afectividad y su autocontrol, le cuesta trabajo adaptarse a algunas situaciones

En la prueba del Bender decidió el orden de las figuras. En todas las realizó con trazos ya sea con cubos, círculos o cruces para hacer los rombos, todo esto muy meticulosamente. La realización en lo referente al orden fue metódica y lógicamente realizada.

En lo referente a la cohesión La forma en que el lo realizó nos habla de un estilo “ comprensivo “, denota rigidez, indica sentido de insuficiencia, el espacio que el utilizó fue reducido por lo cual se puede concluir que el sujeto percibe el medio ambiente como hostil para él.

Al evaluar el margen nos muestra una necesidad de apoyo o dependencia o necesidad de ayuda externa. No realizó gran modificación en el tamaño de las figuras.

En general su sistema de ideas delirantes están bien estructuras y son irrevocables, no se le puede quitar la idea de que toda la gente le quiere hacer daño y que su raza es superior a la de los demás. El piensa que es como el clon de Hitler y trata de hacer cosas para parecerse más a este personaje que le tiene tanta admiración.

INTERPRETACIÓN MMPI

Durante la aplicación de la prueba el paciente mostró mucha impaciencia e inconformidad, se encontraba ya cansado de estar contestando, se le hizo muy larga y repetitiva.

Al estar contestando la prueba preguntó constantemente a que se refería la pregunta Quise a mi madre, le movía bastante esta pregunta y cada que le tocaba contestarla preguntaba como que si la quería, no se a muerto. Y me contestaba pues si la quiero pero en presente no en pasado.

Me pregunto que si el repetir las preguntas tanto es con el fin de verificar la veracidad con la cual se esta contestando, y respondí tu que crees, a lo cual respondió que si, a caso crees que soy tonto no te equivoques.

Al estar revisando la prueba los resultados fueron los siguientes.

La escala L nos señala que es una persona que tiende a ofrecer respuestas socialmente aprobadas en relación a valores morales y control de si mismos. Las escala F T 78 y K T55 la elevación de F se refiere a pacientes neuróticos y psicóticos.

El joven JJch en la escalas la combinación 6, 7 nos muestra que es una persona ansiosa, desconfiada, rígida y obstinada y se preocupa de manera exagerada, cavila y medita acerca de su conducta y de los demás. Expresa indirectamente sus sentimientos hostiles, sus problemas tienden a volverse crónicos y de naturaleza caracterológica.

Otra de las combinaciones es la 6 y 9 refleja rasgos paranoides de grandiosidad dentro de un cuadro de trastorno maniaco, también parece aumentar la intensidad de agresividad y enojo que expresa el paciente, principalmente si la 4 esta elevada.

Las personas con este tipo de perfil son tensas y ansiosos y reaccionan ante la frustración con gran irritabilidad y excitación. En sus relaciones interpersonales

muestran mucha hostilidad. Sufre de ideas de referencia, es suspicaz y delirios paranoides.

Las escalas 6 y 4 nos muestra que tiene problemas en sus relaciones interpersonales, culpa a los demás con facilidad, discute constantemente, es difícil tratarlo en psicoterapia, tiende a ser narcisista y necesidad de atención y con frecuencia puede presentar conducta seductora.

INTERPRETACIÓN DEL MACHOVER

JJCH una de las personas significativas para el paciente es su madre, muestra dependencia en general en sus relaciones, es muy ansioso, se puede observar que muestra preocupación en problemas relacionados con el área sexual y esta problemática le produce ansiedad, tiene sentimientos de inferioridad con respecto a su inteligencia.

El contacto con los demás le cuesta trabajo es una persona muy agresiva que para su trato se debe hacer con mucho cuidado para que no se sienta lastimado, es muy selectivo en su manera de relacionarse tiende a ser muy cuidadoso en es aspecto.

La ejecución de los ojos donde él los realiza grandes y profundos y la boca con dientes grandes nos sugiere una preocupación fálica y un posible miedo a la castración.

Esto se debe a los rasgos paranoides que se observan en su manera de ejecutar sus dibujos, es una persona muy agresiva. Fuerte control de impulsos, es una persona que tiende a reprimirse.

Es difícil acceder a él y que él acceda a los demás por su dificultad para hacer contacto con el exterior. Es una persona muy rígida, va mucho con lo establecido o con lo que él mismo se establece, muestra un poco de inmadurez.

Es una persona que se adapta al medio con dificultad ya que le cuesta trabajo el relacionarse con la gente por su desconfianza y su forma de pensar.

El paciente es una persona defensiva, desconfiada al inicio de un contacto con otro o sólo hasta que él verifique como es la otra persona deja de ser agresiva y se dedica a analizar el terreno. La persona realiza un gran esfuerzo por controlar su agresividad.

Muestra en general mucha agresión o hostilidad en la forma en que realizó las dos figuras humanas ya que en los dos muestra exageración en ojos, dientes y manos. Las manos las realiza en forma de puntas.

Mostró mucha resistencia a la realización de la prueba ya que no le gusta dibujar y continuamente estaba borrando y no le gustaba que lo vieran al estar realizando los dibujos.

INTERPRETACIÓN DEL ÁRBOL

La posición en la que realizó el árbol se encuentra en lo referente al pasado, nostalgia, interiorización, recuerdos y conflictos.

En lo referente a las ramas nos muestra que es una persona regresiva e instintiva, con una madurez limitada, presenta celos primitivos, laboriosidad, inestabilidad y búsqueda de un sostén.

Es una persona dependiente de sus pulsiones e instintos, posible existencia de una vida doble entendiendo por esto que actúa en diferentes formas como activo y/o pasivo.

Hay un predominio al área intelectual, idealista, tiene una gran necesidad de figurar de resaltar de lo común, suele ser una persona fanática y apasionada de sus ideas, carencia de el área consciente.

Es una persona muy ambivalente con contradicciones íntimas, lucha entre su afectividad y su autocontrol, le cuesta trabajo el adaptarse a algunas situaciones

INTERPRETACIÓN DE LA CASA

En la realización de la casa hizo un comentario interesante “ mi casa no es esta, porque la mía me gustara en forma de pirámide sin ventanas y con gran jardín y murallas que la rodean ”.

Las paredes y techo representan su ego, depende de la fuerza o debilidad de estas al realizarlas su esfuerzo conciente por mantener el control de su vida en general. El refuerza mucho la realización des estos aspectos debido a su inseguridad que siente y el temor que siente por perder el control.

La manera en que lo han tratado a hecho que el ponga murallas y se encierre y no permita la comunicación con el exterior y que nadie entre en su mundo bonito o acogedor, ya que el se siente alrededor de un mundo hostil y desolador como lo es el desierto, esto en lo referente a que su casa la quiere como las pirámides.

La realización de la casa en general nos muestra que es una persona que tiende a comportarse de una manera cruda y directamente, la exageración de los accesos a la casa indica preocupación por la interacción.

El paciente en la elaboración de la casa muestra una mala adaptación en el área sexual. Si permite el trato pero con mucha reservas, ya que en general su dibujo es muy defensivo y principalmente agresivo.

INTERPRETACIÓN DEL BENDER

En esta prueba no se encontró daño orgánico. La forma en que se ejecutó esta prueba por parte del paciente fué de manera muy obsesiva ya que trato que las figuras le quedaran como si fuera una copia, deseaba que quedaran del mismo tamaño que la tarjeta.

El decidió el orden de las figuras. En todas las realizó con trazos ya sea con cubos, círculos o cruces para hacer los rombos, todo esto muy meticulosamente. La realización en lo referente al orden fue metódica y lógicamente realizada.

En lo referente a la cohesión La forma en que el lo realizó nos habla de un estilo “ comprensivo “, denota rigidez, indica sentido de insuficiencia, el espacio que el utilizó fue reducido por lo cual se puede concluir que él sujeto percibe el medio ambiente como hostil para él.

Al evaluar el margen nos muestra una necesidad de apoyo o dependencia o necesidad de ayuda externa. No realizó gran modificación en el tamaño de las figuras.

En general el trató de hacerlas en la mayor perfección posible para que quedaran como si fuera copia, la calidad de la línea hacia notar su ansiedad que tenía en ese momento.

INTERPRETACIÓN DEL DIBUJO LIBRE

El dibujo que el eligió fue una serpiente porque se le hace un animal solitario y depredador de los menores rastreros y de alguno superiores. Se le hace impresionante la piel de esos animales.

Este dibujo es un símbolo fálico que tiene que ver mucho con sus preferencias sexuales, y esto se puede corroborar con la realización de la casa, ya que en esta hizo empleo de símbolos fálicos que muestran una mala adaptación en el área sexual.

Las características que le atribuye a la serpiente tiene que ver mucho con como se siente él en su vida, se siente solitario y se la pasa tratando de acabar con sus perseguidores, pero el no puede con todos, como lo menciona “ puede con algunos animales superiores a él ”

CONCLUSIONES

El estudio teórico aplicado al caso clínico expuesto nos muestra un ejemplo del Trastorno delirante así como sus características de dicho trastorno, la mayor parte de la bibliografía consultada sobre otros casos investigados constituyeron "casos-problemas" por la dificultad diagnóstica y complicada psicopatología que presentan, al abordar pacientes con estos rasgos.

Por lo anterior es muy importante la labor de psicólogos y/o psiquiatras en la realización del psicodiagnóstico y su fundamentación teórica. Se pone de relevancia que la mayor complejidad radica esencialmente en poder detectar la idea o grupo de ideas delirantes sostenidas con gran fuerza afectiva, creadas por el paciente en un discurso verosímil, creíble, que puede ser tomado peligrosamente como cierto por su entorno y por el mismo terapeuta.

Como se observó en el caso clínico expuesto donde los delirios persecutorios van afectando el desarrollo óptimo de su vida e impidiendo que este se desenvuelva con normalidad. De esta forma podríamos llegar a la conclusión de que la fijación con la imagen materna idealizada le coloca en una posición de sentirse perseguido por su padre.

La culpabilidad de esta ligación homosexual hacia el padre, está en la génesis de su sistema delirante, debido a que el paciente trata de evitar relación con hombre y se esfuerza por agradecerle a las mujeres con las que trata pero sin lograr su objetivo.

El paciente se siente principalmente perseguido por el sexo masculino, ya que todos los problemas que menciono durante las sesiones fueron con el sexo masculino, él no acepta su preferencia sexual.

Dentro de las sesiones realizadas su conducta presentó muchas resistencias en lo que se refiere a expresar sus emociones, de tal manera que mostraba poco compromiso hacia el trabajo terapéutico, debido a que el objetivo de él era solo obtener los

resultados sobre su inteligencia y de esta manera el redujo la ansiedad que lo hizo acudir a terapia.

De esta manera concluyó tratando de dejar alternativas que puedan ser motivo de investigaciones posteriores, realizando un trabajo más profundo acerca de las personas con Trastorno delirante que asisten a terapia para bajar sus niveles de ansiedad o depresión.

Por ultimo comentaré que el paciente ya no deseó continuar con el proceso terapéutico, ya que solo deseaba una valoración psicológica. Por tal motivo como lo menciona Kenberg, que éste tipo de pacientes son resistentes al tratamiento, por ello es importante que el terapeuta desde el principio realice un buen encuadre y sea empático en su relación, no ser confrontativo, sino interpretativo y haciendo conciencia de enfermedad, de lo contrario desertará en el tratamiento.

En lo referente a mi trabajo personal con este paciente fue muy enriquecedor y un trabajo muy difícil en el cuál me encontré con muchas dudas de no tener la capacidad para poder manejar este trabajo, pero que gracias a las asesorías que tenía con varios catedráticos fue disminuyendo y fue dándose cada vez mejor el trabajo y disminuyó mi ansiedad y miedo.

Yo pienso que es de vital importancia en todo proceso terapéutico el establecimiento de una buena alianza de trabajo y en especial con este tipo de pacientes, ya que su desconfianza no permite el trabajo con ellos, pero si se llega a establecer una buena alianza se puede realizar un buen trabajo.

La desconfianza del paciente me causaba gran ansiedad ya que siempre estaba a la expectativa y era muy agresivo, el controlar mis expresiones faciales era un gran triunfo porque soy una persona muy expresiva, este fue uno de los aspectos que trabaje con mis asesores porque podría causarme muchos problemas en el proceso porque lo sienten como si se les estuviera juzgando sus acciones.

El problema mas grande al que me enfrente fue cuando le pedí que si podía grabar la sesión obviamente se molestó y empezó a llegar tarde a las sesiones y a no querer hablar de nada y tuve que empezar de ceros otra vez, trate de ganarme otra vez su confianza cosa que fue muy difícil pero que al fin se logro.

El trabajo en general fue difícil desde el principio porque había muchos aspectos que me tenían nerviosa como el que tenía que cubrir mínimo 14 sesiones y que sabía que iba a ser difícil porque su motivo de consulta era solo saber su CI, su tipo de personalidad que en general es gente que no asiste a terapia, el tener que grabar una sesión esta fue la más difícil.

Fue una persona que inicialmente me daba miedo por sus reacciones pero logre ver que era una persona que se sentía muy indefensa y dejo de darme miedo aunque el trataba de infundirme miedo diciéndome cosas como: soy una persona que si me entero que están diciendo casa de mi vida soy capaz de hacer algo en contra de esa persona, me habla de Hitler y que estaba de acuerdo con lo de los hornos humanos todo esto con el fin de ver en el una persona Frida y calculadora.

En general aprendí mucho tanto a controlar mis emociones y mis miedos, el lograr que los silencios no me causaran ansiedad, había muchos silencios que me causaban mucha ansiedad, pero deje de sentirlo en el curso del proceso terapéutico.

Mis profesores me ayudaron bastante a resolver mis dudas sobre el padecimiento de paciente y como manejarlo, trate de buscar diferentes enfoques para no cometer errores como: el consultar a psiquiatras, psicoanalistas, humanistas y gestalticos, todo esto con el fin de hacerlo lo mejor posible porque son seres humanos con los que trabajamos y que depositan toda su fé en nosotros.

Creo que en este trabajo se cumplieron los objetivos tanto los del paciente como los míos el supo su CI y disminuyo su depresión y ansiedad, en lo que respecta a mi cumplí con mis sesiones establecidas logre tener un buen diagnóstico ya que obtuve los datos suficientes para realizarlo, me sentí muy bien con mi trabajo porque fue un paciente difícil y el trabajo que realice trate de hacerlo lo mejor posible, logre más de las expectativas que tenía, ya que todos me decían que buscara otro paciente por si me dejaba el tratamiento y reprobaría pero logre mantenerlo y eso me llena de mucha satisfacción.

Me encantaría volverlo a atender pero se que cuando acuda a mi solo será para disminuir su ansiedad o depresión o algún otro síntoma anímico y me dejara el tratamiento. La ultima vez que lo vi solo me hizo una sita para contarme lo bien que le esta yendo, aunque lo que me contó no me parece que sea lo mejor pero el se siente bien y no quiso volverme a ver.

Seria muy importante que se continuara con este tipo de practicas porque es donde mas aprendemos y nos damos cuenta realmente de lo dificil que es nuestra labor y que debemos dar el plus en nuestro trabajo cada día.

ANEXOS



WAIS Español

Escala de Wechsler para Adultos

Nombre [Redacted]
 Fecha de Nacimiento 07 10 73 Edad 27 Sexo M Estado Civil Soltero
 Nacionalidad Mexicano Examinador [Redacted]
 Sitio de Examen Consultorio Fecha 22-Sep-2000
 Ocupación [Redacted] Educación Tex. en sistemas y Lic en admn.

PUNTUACIONES EQUIVALENTES

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

SUMARIO

TEST	Punt. nat.	Punt. norm.
Conocimientos	28	18
Comprensión	28	(19)
Aritmética	17	17
Semejanzas	24	12
Rep. de dígitos	15	15
Vocabulario	78	(19)
Puntuación verbal		
Símbolos y dígitos	88	(18)
Figuras incompletas	19	19
Diseño con cubos	42	14
Ord. de figuras	37	16
Ensamble de objetos	31	11
Puntuación de ejecución		
Puntuación total		

Puntuación verbal: 106 ci 145
 Puntuación de ejecución: 73 ci 131
 Puntuación total: 179 ci 141

CONOCIMIENTOS	Calif. 1 ó 0		Calif. 1 ó 0		Calif. 1 ó 0
Bandera		11. Estatura	1	21. Países	1
Pelota		12. Italia	1	22. Génesis	1
Meses		13. Ropa	1	23. Temperatura	1
Termómetro		14. America	1	24. Ilíada	1
Hule	1	15. Don Quijote	1	25. Vasos sanguíneos	1
Residentes	1	16. Vaticano	1	26. Corán	1
Dante	1	17. Ecuador	1	27. Fausto	1
Emanas	1	18. Egipto	1	28. Etnología	1
Alaska	1	19. Levadura	1	29. Apócrifos	1
Brasil	1	20. Población	1		
VACIONES:					23

2. COMPRESION	Calif. 2, 1 ó 0
Ropa	
Locomotora	
Sobre	2
Malas compañías	2
Cine	2
Impuestos	2
Mañana	2
Trabajo infantil	2
Bosque	2
Sorda	2
Terreno en la Ciudad	2
Matrimonio	2
Nueces	2
Golondrina	2
	28

4. SEMEJANZAS	
1. Naranja—Plátano	2
2. Abrigo—Vestido	2
3. Hacha—Sierra	2
4. Perro—León	2
5. Norte—Oeste	2
6. Ojo—Oído	2
7. Aire—Agua	2
8. Mesa—Silla	2
9. Huevo—Semilla	1
10. Poema—Estatua	2
11. Madera—Alcohol	2
12. Premio—Castigo	2
13. Mosca—Arbol	1
	24

3. ARITMETICA				
	C	F	Tiem.	Calif.
1. 15"				0 1
2. 15"				0 1
3. 15"				0 ①
4. 15"				0 ①
5. 30"				0 ①
6. 30"				0 ①
7. 30"				0 ①
8. 30"				0 ①
9. 30"				0 ①
10. 30"				0 ①
11. 60"				0 1 ②
12. 60"				0 ① ① ¹⁻¹⁰
13. 60"				0 ① ① ¹⁻¹¹
14. 120"				0 ① ① ¹⁻²⁰
				17

5. Rep. de Dígitos	Calif.
Hacia adelante	Encierre
5-8-2	③
6-9-4	③
6-4-3-9	④
7-2-8-6	④
4-2-7-3-1	⑤
7-5-8-3-6	⑤
6-1-9-4-7-3	⑥
3-9-2-4-8-7	⑥
5-9-1-7-4-2-8	⑦
4-1-7-9-3-8-6	7
5-8-1-9-2-6-4-7	8
3-8-2-9-5-1-7-4	⑧
2-7-5-8-6-2-5-8-4	9
7-1-3-9-4-2-5-6-8	9
Hacia atrás	Encierre
2-4	②
5-8	②
6-2-9	③
4-1-5	③
3-2-7-9	④
4-9-6-8	④
1-5-2-8-6	⑤
6-1-8-4-3	⑤
5-3-9-4-1-8	6
7-2-4-8-5-6	6
8-1-2-9-3-6-5	7
4-7-3-9-1-2-8	7
9-4-3-7-6-2-5-8	8
7-2-8-1-9-6-5-3	8
Ad 8 + At 7 = 15	
Mayor núm. encerrado	

	Carit. 2, 1 ó 0	
Santuario	2	
Inigualable	2	
Renuente	2	
Calamidad	2	
Fortaleza	2	
Tranquilo	2	
Edificio	2	
Compasión	2	
Tangible	2	
Perímetro	2	
Audaz	2	
Ominoso	2	
Invectiva	1	
Sobrecargar	2	
Plagiar	1	
Acribillar	2	
Parodia	2	
	71	

ADVERTENCIA

El uso de esta Hoja de Anotaciones, como el de cualquier otro instrumento psicológico, está reservado a personas suficientemente preparadas; es decir, psicólogos graduados o miembros de una organización nacional de psicólogos. Queda estrictamente prohibida la reproducción parcial o total de esta Hoja de Anotaciones, o de cualquier parte de esta prueba psicológica. Se obtendrá el derecho de usar esta prueba, por la adquisición del material necesario con el distribuidor local o con

EL MANUAL MODERNO, S. A.
Av. Sonora 206 México 11, D.F.

Cama		
Nave		
Centavo		
Invierno	3	
Reparación	2	
Desayuno	2	
Tela	2	
Rebanada	2	
Reunir	2	
Ocultar	2	
Enorme	2	
Apresurar	2	
Oración	2	
Arreglar	2	
Comenzar	2	
Ponderar	2	
Caverna	2	
Designar	2	
Doméstico	2	
Consumir	2	
Terminar	2	
Obstruir	2	
Remordimiento	2	

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

MPLOS:

Calificación **88**

1 2 3 4 5 6 7 8 9

INBOLOS
SOLOS

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

9. DISEÑO CON CUBOS		
	Tiempo	Puntuación
1. 60"	1 2	0 2 4
2. 60"	1 2	0 2 4
3. 60"		0 4
4. 60"		0 4
5. 60"		0 4
6. 60"		0 4
7. 120"		0 4 ³¹⁻⁴⁰ 5 ¹⁻²⁰ 6
8. 120"		0 4 ⁴⁸⁻⁷⁰ 5 ¹⁻²³ 6
9. 120"		0 4 ⁶¹⁻⁸⁰ 5 ¹⁻⁶⁰ 6
10. 120"		0 4 ⁶¹⁻⁸⁰ 5 ¹⁻⁶⁰ 6

42

10. ORDENAMIENTO DE FIGURAS			
	Orden	Tiempo	Puntuación
1. Nido	60"	1 2	0 2 4 WXY
2. Casa	60"	1 2	0 2 4 PAT
3. Asalto	60"		0 4 ABCD
4. Louie	60"		0 4 ATOMIC
5. Entrada	60"		0 ⁴ OPENS
6. Coqueteo	60"		0 ² 4 JNAÉT JANET AJNET
7. Pez	120"		0 2 4 ²⁶⁻⁴⁰ EGFHIJ ⁵ EFGHIJ EJFGHI
8. Taxi	120"		0 2 4 ¹⁶⁻²⁵ SALMUE ⁵ SAMUEL AMUELS

3

11. ENSAMBLE DE OBJETOS										
	Tiempo	Puntuación								
Maniquí	120"	0	1	2	3	4	5	6 ¹⁸⁻²⁰	7 ¹¹⁻¹⁵	8 ¹⁻¹⁰ ⁸
Perfil	120"	0	1	2	3	4	5	6	7	8 9 ³⁶⁻⁴⁵ ²⁶⁻³⁵ 11 12
Mano	180"	0	1	2	3	4	5	6	7	8 9 ⁴¹⁻⁵⁰ ³¹⁻⁴⁰ ¹⁰ ¹⁻³⁰ 11
Elefante	180"	0	1	2	3	4	5	6	7	8 ³¹⁻⁶⁰ ²¹⁻³⁰ ¹⁻²⁰ 10 11 12

3



MMPI

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD
S. R. Hathaway y J. C. McKibbin
HOJA DE RESPUESTAS

WCh

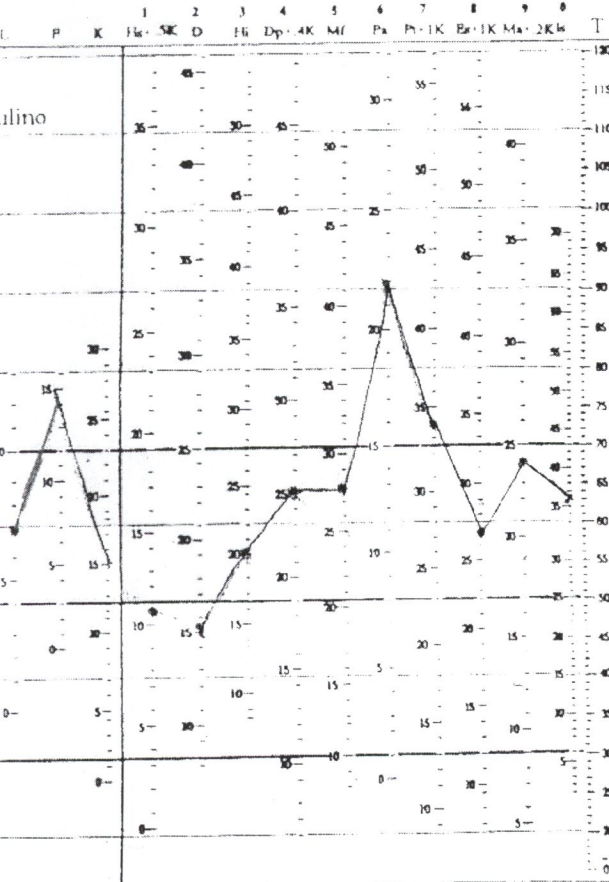
EDAD _____ SEXO _____

OCCUPACION e

EDUCACION Lic. Admon

ESTADO CIVIL soltero

Registro de escalas adicionales



Fracciones de K

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

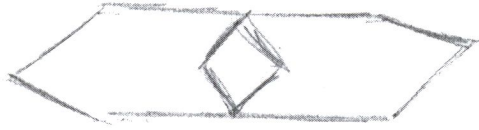
L	P	K	Fk	SC	D	Hs	Dp	4K	Mf	Pa	Pt	T	K	Ma	2K	T
14	15	5	15	20	20	28	22	19	17	21	26		15	15	3	
		13		26		37	27	24								

Punt

Examinador _____

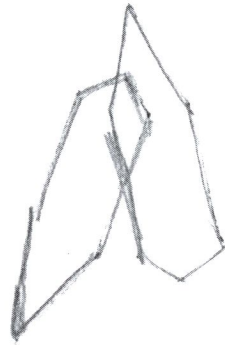


9



100

5



4



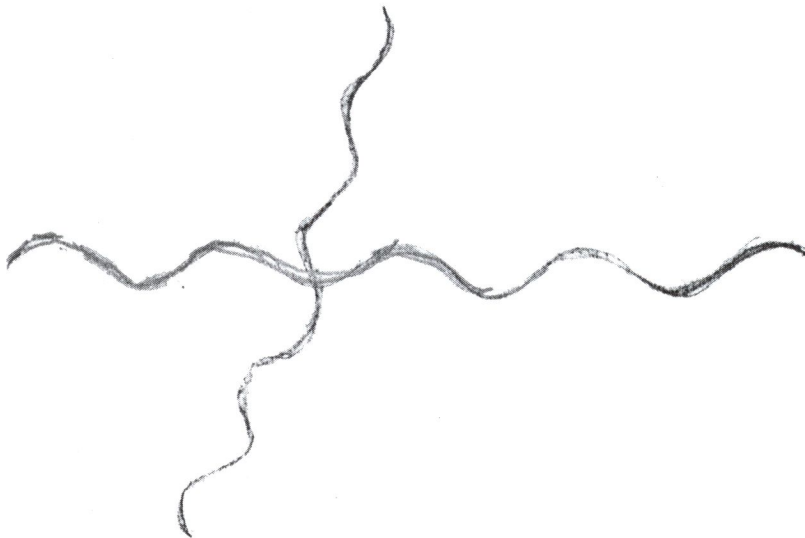
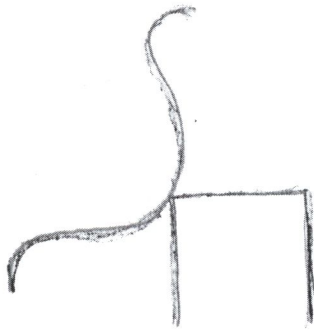
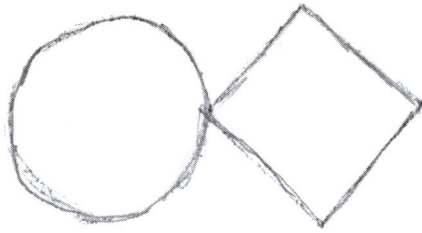
100

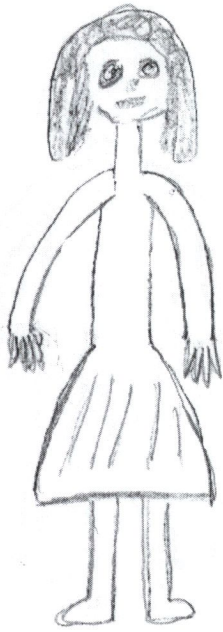
3

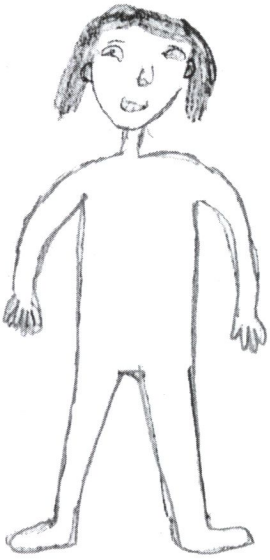


2





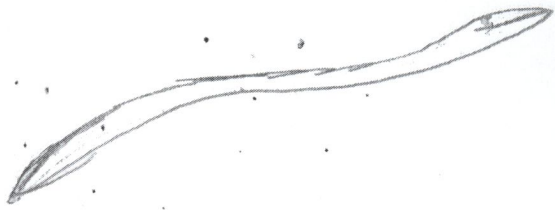








ME GUSTARIA TENER UNA CASA EN FORMA DE
PIRAMIDE CON UN JARDIN AMPLIO ALREDEDOR DE
ELLO (POR LOS CUATRO CADOS). EL JARDIN DELIMITADO
CON REJAS.



BI

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- 1.- ÁVILA Espada A. "Psicodiagnóstico clínico." Edit. Biblioteca Nueva, México, 1987.
- 2.- BERISTEIN Duglas., "Introducción a la Psicología Clínica." Edit. Mc Graw Hill. México 1991.
- 3.- www.biblioteca@uba.com.ar
- 4.- CASTILLA, C., "Introducción a la psiquiatría. 2," Edit. Alianza, Madrid. 1980,
- 5.- CASTILLA, C., "Teoría de la alucinación," Edit. Alianza, Madrid. 1980
- 6.- DSM – IV "Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales." Edit. Masson, España. 2000.
- 7.- F. Kernberg "Trastornos graves de la personalidad" Edit. Manual Moderno. España. 1980.
- 8.- LESTÓN Mark "Una interpretación Psicodinamica del Bender Gestalt Test" Edit. Anderson & Aderson Argentina,
- 9.- FUENTE Ramón "Psicología mental y su terapéutica. I y II " Edit. Fondo de cultura económica. 1996.
- 10.- GARFIELD -I. "Patología clínica " Edit. Manual Moderno. España. 1987.
- 11.- GIOVANOCHINI J. "The tactics of Psychotherapy." Edit. Jason Aronson, New York 1985.

- 12.- LESTÓN Mark .“ Una interpretación Psicodinamica del Bender Gestalt Test”
- 13.- LLOPIS, B., “La psicosis única”, Archivo de Neurobiología de la Universidad de Argentina.
- 14.- KOLB Lawrence. “Psiquiatría clínica moderna.” Edit. La prensa medica mexicana. México. D.F.
- 15.- MEISSNER L. “ The paranoid process”. Edit. Jason Aronson New York. 1985.
- 16.- PEINADO José. “ Psicología clínica.” Edit. Porrúa México 1978.
- 17.- PORTOANDO Juan. “ Psicopatología en psicología clínica.” Edit. Biblioteca Nueva. Barcelona, 1983.
- 18.- WAIS Edit. Manual Moderno. España.

