

**REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL**

***La importancia del psicodiagnóstico en la Práctica Clínica:  
un caso clínico***

**Autor: Irma Luisa Solchaga Magaña**

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

**Nombre del asesor:  
Juan Carlos Tovar Sosa**

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

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

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





FACULTAD DE PSICOLOGIA

"La Importancia del Psicodiagnóstico en la  
Práctica Clínica: Un caso Clínico"

**TESINA PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**Licenciada en Psicología**

Presenta:

**Irma Luisa Solchaga Magaña**

ASESOR:

Lic. Juan Carlos Tovar Sosa

2002  
IO ZAVALA



T287

VERDO N° 020

CLAVE 16PSU0004J

Michoacán

JUNIO DEL 2002



FACULTAD DE PSICOLOGIA

FACULTAD = D  
PP18 = F

"La Importancia del Psicodiagnóstico en la  
Práctica Clínica: Un caso Clínico"

**TESINA PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**Licenciada en Psicología**

Presenta:

**Irma Luisa Solchaga Magaña**

ASESOR:

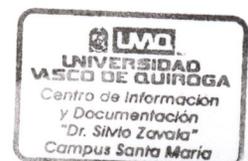
Lic. Juan Carlos Tovar Sosa

RVOE ACUERDO N° 020

CLAVE 16PSU0004J

Morelia, Michoacán

JUNIO DEL 2002



## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Agradezco a Dios el permitirme llegar a esta meta tan importante en mi vida.

### **A TODOS**

Y cada uno de mis seres queridos que han participado de una u otra manera para poder realizar mi carrera y este trabajo, gracias por todo su apoyo, mis bendiciones para todos ustedes.

### **A MIS MAESTROS Y COMPAÑEROS**

Por coincidir en ese tiempo y espacio durante mis estudios, aprendí de ustedes como profesionales y como personas, siempre estarán en mi pensamiento y mi corazón.

### **A MI ASESOR**

Por su experiencia y apoyo en este trabajo

Dedico este trabajo a mis hijos, Irma Isabel y Felipe Neri Farias Solchaga, como una muestra de mi eterno amor y mis mejores deseos para que logren todas sus metas.

## CAPÍTULO IV: LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS

# INDICE

INTRODUCCIÓN .....	4
JUSTIFICACIÓN .....	4
CAPITULO I: MARCO TEORICO	
1.- EPILEPSIA .....	5
1.1.- Causas .....	6
1.2.- Tratamiento .....	6
2.- PSICOSIS ORGÁNICAS.....	7
2.1.- Delirio .....	7
3.- TRAUMATISMOS CRANEANOS .....	8
4.- ESQUIZOFRENIA .....	9
4.1.- Descripción .....	9
4.2.- Síntomas Positivos .....	9
4.3.- Síntomas Negativos .....	10
4.4.- Heredabilidad .....	10
4.5.- Susceptibilidad .....	11
4.6.- La Hipótesis de la Dopamina .....	11
4.7.- La Esquizofrenia como Desorden Neurológico.....	12
CAPITULO II: METODOLOGÍA	
1.- HIPÓTESIS .....	14
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	14
3.- OBJETIVO GENERAL .....	14
4.- OBJETIVO PARTICULAR .....	14
5.- IMPORTANCIA DEL ESTUDIO .....	15
6.- PRUEBAS APLICADAS .....	15
7.- SUJETO Y ESCENARIO .....	15
8.- PROCEDIMIENTO .....	15
9.- CONCLUSIONES .....	15
CAPITULO III: TRATAMIENTO	
1.- Terapias Somáticas .....	17
2.- Terapias Ambientales .....	18
3.- Terapias Psicológicas .....	18
4.- Terapias de Orientación Psicoanalítica .....	19
5.- Terapia de Orientación Existencial .....	20
6.- Terapia de Modificación de Conductas .....	20
7.- Terapia Sistémica .....	22

## CAPITULO IV: LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS

1. - Test de Bender .....	24
2.- Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).....	26
3.- Test de Apercepción Temática (T.A.T.).....	30
4.- Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS).....	32
5.- Test de la Figura Humana de Machover .....	33
6.- Test del Árbol .....	34
7.- Test de la Casa .....	34
8.- Test de Frases Incompletas .....	35
9.- Test del Dibujo Libre .....	35

## CAPITULO V: HISTORIA CLINICA PSIQUIÁTRICA

I.- Ficha de Identificación .....	36
II.- Motivo de Consulta .....	36
III.- Padecimiento o Problema Actual .....	37
IV.- Área Familiar .....	38
V.- Datos Evolutivos .....	39
VI.- Adolescencia .....	40
VII.- Área Escolar .....	40
VIII.- Área Laboral .....	40
IX.- Relaciones Interpersonales.....	40
X.- Área Sexual .....	40
XI.- Farmacodependencia (Adicciones o Hábitos) .....	40
XII.- Comportamiento Antisocial .....	41
XIII.- Examen Mental .....	41
XIV.- Diagnóstico Descriptivo .....	41
XV.- Diagnóstico Nosológico Principal.....	42
XVI.- Pronóstico .....	42
XVII.- Tratamiento.....	42

## CAPITULO VI: INTERPRETACIÓN DE PRUEBAS

1. - Test H.T.P. ....	43
2. - Test de Bender .....	43
3.- Test del Dibujo Libre .....	44
4.- Test de Frases Incompletas.....	44
5.- Test de Apercepción Temática .....	44
6.- Interpretación MMPI .....	45
7.- Interpretación Wais .....	46

## CAPITULO VII: INTEGRACIÓN DE PRUEBAS

1.- Área Emocional Social .....	47
2.- Área Sexual .....	47
3.- Área Intelectual .....	48
4.- Resumen del Caso .....	49
5.- Conclusiones del Caso .....	49
Bibliografía .....	50
ANEXO .....	51

Sin embargo, como profesionales de la salud mental, nuestra noble labor consiste en guiar y acompañar al ser humano hacia un mejor nivel de vida que logre su realización así como su bienestar dentro de la sociedad.

Es por ello que una parte esencial del tratamiento psicológico consiste en dar un adecuado psicodiagnóstico que permita realizar un buen proceso terapéutico, contribuyendo así a la meta deseada de lograr mejoras a quienes confían en nuestro campo profesional.

El presente trabajo consta de una introducción y justificación.

Así mismo, cuenta con un marco teórico respecto al diagnóstico.

Se menciona también la metodología que consta de hipótesis, planteamiento del problema, objetivo general y particular, importancia de estudio, las pruebas aplicadas, sujeto y escenario, paradigma y conclusiones.

Se dan alternativas de tratamiento con distintas terapias psicológicas.

Se da a conocer el origen y la aplicación de las pruebas utilizadas en el presente trabajo.

Por último se mencionan la historia clínica así como la interpretación de las pruebas y un resumen y conclusión del caso.

Como pasante de la carrera de Psicología se eligió este trabajo para fines de titulación e ir así dispuesto a ejercer de manera eficaz la profesión.

### JUSTIFICACIÓN.

El acertado diagnóstico en el proceso terapéutico es esencial para la culminación de un buen tratamiento, así como para darle bases sólidas al paciente para que se conduzca con mayor seguridad ante las distintas situaciones a las que se enfrenta día con día.

Así mismo, se deben utilizar las herramientas adecuadas para llegar al diagnóstico, estas son las distintas pruebas psicológicas que existen para tal fin, las cuales deben aplicarse al paciente para facilitar su comprensión.

## INTRODUCCIÓN.

Sin duda alguna, el hombre encierra un cúmulo de emociones, sentimientos y pensamientos que lo llevan a conducirse de cierta manera a través de su vida. Ésta transcurre con éxitos y fracasos, enriqueciendo la experiencia única y singular de vivir.

Sin embargo, como profesionales de la salud mental, nuestra loable labor consiste en guiar y acompañar al ser humano hacia un mejor nivel de vida que logre su realización así como su bienestar dentro de la sociedad.

Es por ello que una parte esencial del tratamiento psicológico consiste en dar un adecuado psicodiagnóstico que permita realizar un buen proceso terapéutico, contribuyendo así a la meta deseada de lograr mejoría a quienes confían en nuestro campo profesional.

El presente trabajo consta de una introducción y justificación. Así mismo, cuenta con un marco teórico respecto al diagnóstico.

Se menciona también la metodología que consta de hipótesis, planteamiento del problema, objetivo general y particular, importancia de estudio, las pruebas aplicadas, sujeto y escenario, procedimiento y conclusiones.

Se dan alternativas de tratamiento con distintas terapias psicológicas.

Se da a conocer el origen y la aplicación de las pruebas utilizadas en el presente trabajo.

Por último se mencionan la historia clínica así como la interpretación de las pruebas y un resumen y conclusión del caso.

Como pasante de la carrera de Psicología se eligió este trabajo para fines de titulación e ir así dispuesto a ejercer de manera eficaz la profesión.

## JUSTIFICACIÓN.

El acertado diagnóstico en el proceso terapéutico es esencial para la culminación de un buen tratamiento, así como para darle bases sólidas al paciente para que se conduzca con mayor seguridad ante las distintas situaciones a las que se enfrente día con día.

Así mismo, se deben utilizar las herramientas adecuadas para llegar al diagnóstico, éstas son las distintas pruebas psicológicas que existen para tal fin, las cuales deben adecuarse al paciente para facilitar su aplicación.

## EPILEPSIA

llamado también síndrome de "crisis convulsivas" constituye el segunda categoría más importante de los trastornos neurológicos (4).

Una "crisis" es un período de actividad repentina y excesiva de las neuronas cerebrales que, en ocasiones, si participan las neuronas que componen el sistema motor, pueden ocasionar convulsiones, actividad violenta y no controlada de los músculos.

Las categorías más importantes son:

Crisis parciales y crisis generalizadas, así como crisis simples y crisis complejas.

Las crisis parciales se caracterizan por un tipo de actividad eléctrica definida, generalizada.

### **CAPITULO I: MARCO TEORICO**

Las "crisis generalizadas" se caracterizan e involucran a la mayor parte del cerebro.

Las crisis parciales abarcan, a su vez, dos tipos de crisis: las simples y las complejas.

Aunque las "crisis parciales simples" a menudo ocasionen cambios en el estado de conciencia, no producen pérdida de la conciencia.

En cambio, debido a su localización y severidad particulares, las "crisis parciales complejas" sí producen una pérdida de la conciencia.

Se conoce como "grand mal" a la forma más severa de crisis convulsivas, se trata de una crisis generalizada que al incluir al sistema motor del cerebro, va acompañada de convulsiones.

## CAUSAS

## EPILEPSIA.

Llamado también desorden de "crisis convulsivas" constituye la segunda categoría más importante de los desordenes neurológicos (4). Se produce por una lesión, una apoplejía, o por el efecto irritante de un tumor en el cerebro.

Una "crisis" es un periodo de actividad repentina y excesiva de las neuronas cerebrales que, en ocasiones, si participan las neuronas que componen el sistema motor, pueden ocasionar convulsiones, actividad violenta y no controlada de los músculos.

## TRATAMIENTO

Las categorías más importantes son:

Los desórdenes de crisis convulsivas son tratados con medicamentos anti-epilépticos. Crisis parciales y crisis generalizadas, así como crisis simples y crisis complejas.

Las "crisis parciales" tienen un "foco" (o fuente de irritación) definido, generalmente por una región cicatrizada ocasionada por una lesión antigua.

Las "crisis generalizadas" se diseminan e involucran a la mayor parte del cerebro.

Las crisis parciales abarcan, a su vez, dos tipos de crisis: las simples y las complejas.

Aunque las "crisis parciales simples" a menudo ocasionan cambios en el estado de conciencia, no producen pérdida de la conciencia.

En cambio, debido a su localización y severidad particulares, las "crisis parciales complejas" sí producen una pérdida de la conciencia.

Se conoce como "grand mal" a la forma más severa de crisis convulsivas, se trata de una crisis generalizada que, al incluir al sistema motor del cerebro, va acompañada de convulsiones.

## CAUSAS.

## PSICOSIS ORGANICAS

Las crisis pueden tener muchas causas, la más común es la existencia de una cicatriz en el tejido cerebral que puede haber sido producida por una lesión, una apoplejía, o por el efecto irritante de un tumor en crecimiento.

También diversas drogas e infecciones que ocasionan fiebre elevada pueden producir crisis.

## TRATAMIENTO.

Los desórdenes de crisis convulsivas son tratados con medicamentos anticonvulsivos, muchos de los cuales operan incrementando la efectividad de las sinapsis inhibitorias.

### 2.- Desorientación.

3- Emociones y estado afectivo anormales - No corresponden a la realidad sino a datos alterados del sensorio, incluyendo alucinaciones, ilusiones e ideas delirantes. Un talante labil puede oscilar de la apatía o indiferencia frívola hasta la ira o el pánico súbito.

4- Confusión mental - Esta se manifiesta por ideación desorganizada, a menudo como ensueño o pesadilla en contenido y calidad. Se hallan alterados la memoria, la comprensión, el conocimiento de los hechos, la habilidad para razonar y el juicio, y por lo general, falta auto-crignición. Estos cambios son transitorios e irreversibles.

5 - Conducta inadecuada, impulsiva, irracional o violenta - Esto ocurre a menudo de un modo automático o semejante a trance.

Las partes principales del encéfalo responsables del estado de delirio se cree que sean el tello encefálico, el sistema neurovegetativo, el sistema límbico y la corteza sensorial y sus vías.

## PSICOSIS ORGANICAS.

Las psicosis orgánicas se dividen en forma natural en delirio y demencia dependiendo de si la disfunción básica está en el nivel mental inferior o superior.

### DELIRIO.

La disfunción al nivel mental inferior (primitivo y sensorial) resulta en el padecimiento clínico conocido como delirio, el cual se reconoce por cualquiera o todas de las siguientes características:

1.- Sensorio alterado.- Puede variar desde una ligera obnubilación mental hasta el estupor, cambiando a menudo rápidamente cada rato. En la forma en que fluctúa, así lo hacen otras facultades mentales.

2.- Desorientación.

3.- Emociones y estado afectivo anormales.- No corresponden a la realidad sino a datos alterados del sensorio, incluyendo alucinaciones, ilusiones e ideas delirantes. Un talante lábil puede oscilar de la apatía o tontería frívola hasta la ira o el pánico súbitos.

4.- Confusión mental.- Esta se manifiesta por ideación distorsionada, a menudo como ensueño o pesadilla en contenido y calidad. Se hallan alterados la memoria, la comprensión, el conocimiento de los hechos, la habilidad para razonar y el juicio, y por lo general, falta auto cognición. Estos cambios son transitorios e irreversibles.

5.- Conducta inadecuada, impulsiva, irracional o violenta.- Esto ocurre a menudo de un modo automático o semejante a trance.

Las partes principales del encéfalo responsables del estado de delirio se cree que sean el tallo encefálico, el sistema neurovegetativo, el sistema límbico y la corteza sensorial y sus vías.

Las causas principales de delirio son traumatismos, envenenamiento agudo, trastornos metabólicos y la sobredosis o el abuso de las drogas.

### **TRAUMATISMOS CRANEANOS.**

El traumatismo cefálico puede producir cualquier grado de trastorno mental, desde una "confusión" momentánea hasta grados cada vez mayores de enfermedad neurótica o psicótica.

La psicosis postraumática es considerada como resultante del daño físico al encéfalo.

En la neurosis predominan los síntomas subjetivos (ansiedad, estado de pánico, insomnio, quejas somáticas).

En las psicosis algunos o todos los signos de delirio están presentes; en ésta, el periodo de inconciencia es prolongado, y puede haber evidencia concomitante de lesión física y neurológica al encéfalo (incluyendo radiografías anormales y hallazgos anormales de EEG) (9).

El estado psicótico sigue el curso del daño infligido a la sustancia del encéfalo, el estado psicótico mejora con el curso del daño al encéfalo. Pueden pasar días, semanas o aún meses antes de que la recuperación sea completa y los daños residuales generalmente son atribuibles al daño irreversible en los niveles mentales superiores provocado por encefalopatía traumática diseminada. El tratamiento fuera de la intervención quirúrgica que pueda estar indicado es puramente sintomático.

Dentro de la psicosis se encuentra la Esquizofrenia la cual será definida a continuación debido a que es la que presenta la Paciente.

## ESQUIZOFRENIA.

Es una de las psicosis más importantes y puede perturbar de manera tan severa la conducta de las personas que la padecen que éstas no podrían sobrevivir sin el cuidado de los demás.

### DESCRIPCION.

La esquizofrenia es la más común de las psicosis. El término fue acuñado por Eugen Bleuler, quien pretendía referirse a una ruptura con la realidad ocasionada por la desorganización de las diversas funciones de la mente, lo que tiene como consecuencia que los pensamientos y los sentimientos ya no trabajan en conjunto normalmente.

Se caracteriza por dos categorías de síntomas: Positivos y Negativos.

**SINTOMAS POSITIVOS.-** Se dan a conocer por su presencia e incluyen pensamientos desordenados, alucinaciones y delirios.

### HEREDABILIDAD.

El "pensamiento desordenado" (pensamiento desorganizado e irracional). Los esquizofrénicos tienen grandes dificultades para arreglar sus pensamientos de manera lógica y para extraer conclusiones factibles de los pensamientos absurdos. En las conversaciones saltan de un tema a otro, a medida que llegan las nuevas asociaciones ó pronuncian palabras sin significado o eligen palabras por su rima más que por su significado.

\*Los "delirios" son creencias obviamente contrarias a los hechos; los delirios de *persecución* son falsas creencias de que los demás conjuran contra la persona; los delirios de *grandeza* son falsas creencias respecto al poder y la importancia de la persona, como la convicción de que la persona posee poderes divinos o que tiene un conocimiento especial que nadie más tiene. Los delirios de *control* se relacionan con los delirios de persecución, cree que está siendo controlada por otros.

\*Otro síntoma positivo son las "alucinaciones", que son percepciones de estímulos que en realidad no están presentes.

Las más comunes son las alucinaciones auditivas, aunque también puede incluir a cualquiera de los otros sentidos.

La alucinación esquizofrénica más común consiste en escuchar voces que hablan a la persona, en ocasiones le ordenan hacer algo, otras veces la ofenden por su poco valor y otras veces pronuncian frases sin sentido.

Las alucinaciones olfativas también son comunes.

**SINTOMAS NEGATIVOS.-** Se conocen por la ausencia de conductas normales: respuesta emocional aplanada, pobreza del habla, falta de iniciativa y persistencia, incapacidad para experimentar placer y aislamiento social.

Los síntomas positivos parecen involucrar una actividad excesiva de algunos circuitos nerviosos que incluyen a la dopamina como un neurotransmisor, mientras que los síntomas negativos parecen ser ocasionados por daño cerebral.

### **HEREDABILIDAD.**

Una de las piezas de evidencia más importante de que la esquizofrenia es un desorden biológico es que parece ser hereditario. Dos aproximaciones a la investigación han permitido establecer un vínculo entre la esquizofrenia y los genes, los estudios de adopción y los estudios de gemelos.

Un número considerable de estudios de adopción han encontrado que los hijos de padres esquizofrénicos tienen una probabilidad considerablemente elevada de convertirse en esquizofrénicos, independientemente de que sean criados por sus padres o por padres adoptivos no esquizofrénicos.

Los estudios de gemelos han demostrado que la tasa de concordancia para la esquizofrenia es al menos cuatro veces mayor en los gemelos monocigóticos que en los gemelos dicigóticos.

## **SUSCEPTIBILIDAD.**

Si la esquizofrenia constara de un rasgo único producido por un solo gene, se esperaría observar ese desorden en por lo menos el 50 por ciento de los hijos de dos padres esquizofrénicos si el gene fuera dominante. Sin embargo, la incidencia real es menor al 50 por ciento, lo que significa que pueden estar involucrados varios genes, o que tener un "gene para la esquizofrenia" imparte cierta "SUSCEPTIBILIDAD" a desarrollar la enfermedad, la cual sería disparada por otros factores.

Es posible entonces, que en ciertas clases de ambientes los individuos susceptibles desarrollen la esquizofrenia.

Varios estudios han obtenido evidencia de que en ocasiones la esquizofrenia puede ser ocasionada por factores "no genéticos".

En los casos en que no existe un desorden esquizofrénico en la historia familiar de una persona esquizofrénica, es muy probable encontrar una historia de complicaciones en o alrededor del momento de su nacimiento y dicha persona tendría también mayor probabilidad de presentar los síntomas esquizofrénicos a una edad más temprana.

## **LA HIPOTESIS DE LA DOPAMINA.**

La evidencia farmacológica sugiere que los síntomas positivos de la esquizofrenia son ocasionados por un desorden bioquímico. La explicación que ha acumulado más evidencia a su favor es la hipótesis de la dopamina, la cual sugiere que la esquizofrenia es causada por una actividad excesiva de las sinapsis dopaminérgicas, probablemente de las que pertenecen a las neuronas del sistema mesolímbico, que se proyecta del área tegmental ventral al núcleo acumbens y a la amígdala.

En la década de los 40's se comenzó a usar la clorpromazina para pacientes que presentaban desórdenes mentales como manía, depresión, ansiedad, neurosis y esquizofrenia, y aunque el medicamento no resultó muy

efectivo en el tratamiento de las neurosis y psicosis afectivas, en la esquizofrenia tuvo resultados. Se descubrieron efectos antipsicóticos de la clorpromazina.

Desde entonces, se han encontrado muchas otras drogas que alivian los síntomas positivos de la esquizofrenia y estos medicamentos tienen una propiedad en común, bloquean los receptores de la dopamina (4).

## **LA ESQUIZOFRENIA COMO DESORDEN NEUROLOGICO.**

Mientras los síntomas positivos son exclusivos de la esquizofrenia, los síntomas negativos son similares a los producidos por el daño cerebral causado por medios diferentes.

La evidencia es que la mayoría de los pacientes esquizofrénicos exhiben síntomas neurológicos que sugieren la presencia de daño cerebral, la cual se ha hecho evidente a través de tomografías computarizadas y resonancias magnéticas.

Estudios subsecuentes han encontrado evidencia de degeneración (o anormalidades del desarrollo) en varias partes del cerebro. Por lo general, son observadas en los lóbulos frontales, en el lóbulo temporal medial y en el diencéfalo medial.

En varios de esos estudios se encontró que la severidad de las anormalidades cerebrales estaba correlacionada con la severidad de los síntomas negativos de los pacientes.

Se tiene la convicción de que en la actualidad, en tanto se siga ignorando la etiología de la esquizofrenia, seguramente multifactorial, es indispensable el manejo conjunto de todo el arsenal terapéutico conocido.

Es decir, una terapéutica farmacológica amplia dirigida al cuerpo, un manejo psicológico dirigido a la adquisición de nuevas experiencias internas, y un manejo ambiental adecuado de tipo hospitalario. Esto en su fase aguda.

Lograda la remisión, llevar un manejo semejante y multidisciplinario: farmacológico, psicológico y de rehabilitación por el trabajo.

Un avance importante es la comprobación del viejo pensamiento de Baruk de que el esquizofrénico crónico debe ser atendido con la misma paciencia, amor e interés que el enfermo agudo.

## CAPITULO II: METODOLOGIA

## HIPÓTESIS

Un accidente que tenga como consecuencia Traumatismo Craneoencefálico puede desencadenar la aparición de Epilepsia así como un Trastorno Psicológico debido a la gravedad de las lesiones que en gran medida son irreversibles.

Así mismo, una vida de carencias emocionales puede llevar al empobrecimiento de los recursos necesarios para enfrentar la vida mostrándose una personalidad insegura y deconfiada.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México no hay cifras referentes a la frecuencia con la que se presenta este tipo de casos.

**CAPITULO II: METODOLOGÍA**  
¿Puede un Traumatismo Craneoencefálico desencadenar un cuadro psicológico?

## OBJETIVOS

**OBJETIVO GENERAL:** Demostrar la relación que existe entre factores ambientales y la aparición de una psicosis.

**OBJETIVO PARTICULAR:** A través de un adecuado psicodiagnóstico conocer las posibilidades de un tratamiento útil para un padecimiento específico.

## IMPORTANCIA HIPÓTESIS. STUDIO.

Un accidente que tenga como consecuencia Traumatismo Craneoencefálico puede desencadenar la aparición de Epilepsia así como un Trastorno Psicótico debido a la gravedad de las lesiones que en gran medida son irreversibles.

Así mismo, una vida de carencias emocionales puede llevar al empobrecimiento de los recursos necesarios para enfrentar la vida, mostrándose una personalidad insegura y dependiente.

Las pruebas utilizadas en el presente trabajo fueron Historia Clínica, así como una prueba de inteligencia llamada WAIS (Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos) y pruebas de personalidad T.P. (Persona, Arbol y Casa), T.A.T. (Test de Apercepción Temática), Test de Frases Incompletas, Test de Dibujo Libre y MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minne). En México no hay cifras referentes a la frecuencia con la que se presenta este tipo de casos.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Puede un accidente que cause traumatismo craneoencefálico desencadenar un cuadro psicótico?

El escenario donde se llevó a cabo la evaluación de la paciente es una institución dependiente del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, el cual atiende consulta externa en Psicología.

## OBJETIVOS.

**OBJETIVO GENERAL:** Demostrar la relación que existe entre factores ambientales y la aparición de una psicosis.

**OBJETIVO PARTICULAR:** A través de un adecuado psicodiagnóstico conocer las posibilidades de un tratamiento útil para un padecimiento específico.

Para fines de titulación se hizo el psicodiagnóstico a una paciente canalizada para tal caso. Tal estudio se dio a través de entrevistas así como aplicación de pruebas adecuadas para ese fin.

## CONCLUSIONES.

Sin duda alguna un buen tratamiento depende esencialmente de un diagnóstico fidedigno que permita la buena ejecución del proceso.

Así mismo, es importante **IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.** que permitan la mayor comprensión del padecimiento así como su adecuado manejo.

Es evidente la necesidad de dar un acertado diagnóstico a cualquier padecimiento que se quiera tratar, teniendo un tratamiento adecuado y contribuir así al bienestar del ser humano con bases sólidas y eficaces.

Los factores externos determinan en gran medida la relación que en un momento dado se tenga con **PRUEBAS APLICADAS** como factores internos que contribuyen para que tal actitud se reafirme o se extinga.

Las pruebas utilizadas en el presente trabajo fueron Historia Clínica, así como una prueba de inteligencia llamada WAIS (Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos) y pruebas proyectivas tales como Bender, H.T.P.(Persona, Árbol y Casa), T.A.T. (Test de Apercepción Temática), Test de Frases Incompletas, Test del Dibujo Libre y MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota).

En tal labor es evidente **SUJETO Y ESCENARIO.** puesto que es aquí donde el individuo se siente acompañado. Así mismo, un adecuado manejo conductual que le permitan relacionarse con los demás.

El escenario donde se llevó a cabo la evaluación de la paciente es una institución dependiente del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, el cual atiende consulta externa en Psiquiatría y Psicología. con cada paciente es el camino más seguro para el éxito del tratamiento.

La paciente a la cual de le hizo el psicodiagnóstico se llama Angélica y fue canalizada por el área de Psiquiatría para su valoración.

### **PROCEDIMIENTO.**

Para fines de titulación se hizo el psicodiagnóstico a una paciente canalizada para tal caso. Tal estudio se dio a través de entrevistas así como aplicación de pruebas adecuadas para ese fin.

### **CONCLUSIONES.**

Sin duda alguna un buen tratamiento depende esencialmente de un diagnóstico fidedigno que permita la buena ejecución del proceso.

Así mismo, es importante saber los fundamentos teóricos que permitan la mayor comprensión del padecimiento así como su adecuado manejo.

En el presente trabajo es evidente la cantidad de factores que propician un tipo de enfermedad, en este caso, la psicosis (esquizofrenia).

Los factores externos determinan en gran medida la relación que en un momento dado se tenga con nuestro ambiente, así como factores internos que contribuyen para que tal actitud se reafirme o se extinga.

Cabe señalar que algunos padecimientos solo se controlan, en este caso, un cuadro psicótico provocado por traumatismo craneoencefálico, sin embargo, hay herramientas útiles con las cuales se pueda trabajar y contribuyan así a una mayor calidad de vida, éstas son las adecuadas técnicas terapéuticas y en general, un equipo multidisciplinario que atienda dicha enfermedad.

En tal labor es evidente el apoyo de la familia, puesto que es aquí donde el individuo se siente acompañado. Así mismo, un adecuado manejo conductual que le permitan relacionarse con los demás.

Es importante señalar que el compromiso adquirido con cada paciente es el camino más seguro para el éxito del tratamiento.

## TRATAMIENTO.

A continuación se mencionan las propuestas de tratamiento de la enfermedad que pueden considerarse más consistentes, con mayor valor histórico y conceptual y que han aportado los mejores resultados.

Estas propuestas pueden dividirse en tres modalidades, las cuales más de ellas se mencionarán brevemente, no así el área que nos ocupa, siendo ésta, la psicología.

1.- Terapias Somáticas.

2.- Terapias Ambientales.

## 3.- **CAPITULO III: TRATAMIENTO**

### TERAPIAS SOMATICAS.

Dentro de estas terapias hay tres alternativas diferentes.

1.- **Farmacoterapia.**- Corresponden a esta denominación las sustancias químicas capaces de actuar sobre el cerebro para revertir trastornos perceptuales como las alucinaciones, trastornos del pensamiento como los delirios y la deficiente organización conceptual y problemas de conducta como la agitación y la agresividad.

2. **Terapia de choque.**- En esta categoría se encuentran el coma insulínico, el cual consistía en la inducción de una serie de comas profundos y frecuentes, generalmente a diario, mediante la administración de dosis de insulina endovenosa; fue desplazado con la aparición de la terapia electroconvulsiva, también llamada "electroestimulación cerebral" las cuales mitigan notablemente las convulsiones.

## TRATAMIENTO.

2.- Psicocirugía - A pesar de que el empleo de este tipo de técnicas es excepcional y va dirigido al control de ciertos síntomas como la agresividad, cuando son severos e incontrolables por otros medios, hay autores que opinan que la idea no puede abandonarse del todo, basándose en los avances en la investigación macro y microscópica de la morfología y la fisiología del cerebro. A continuación se mencionan las propuestas de tratamiento de la enfermedad que pueden considerarse más consistentes, con mayor valor histórico y conceptual y que han aportado los mejores resultados.

### TERAPIAS AMBIENTALES.

De distintas modalidades de manejo ambiental, han surgido otras, las cuales funcionan únicamente con pacientes externos, a veces dentro de un hospital psiquiátrico. Estas propuestas pueden dividirse en tres modalidades, las cuales dos de ellas se mencionarán brevemente, no así el área que nos ocupa, siendo ésta, la psicología.

Se basan en la combinación de diferentes modalidades terapéuticas, proveídas por un equipo multi-profesional y organizadas en un programa. De ellas se pueden mencionar: el entrenamiento de habilidades sociales, el entrenamiento en extinción de conductas indeseables y desarrollo de habilidades, el entrenamiento y apoyo de tipo laboral, todo junto con la revisión psiquiátrica y la administración constante de tratamiento farmacológico.

- 1.- Terapias Somáticas.
- 2.- Terapias Ambientales.
- 3.- Terapias Psicológicas.

### TERAPIAS SOMATICAS.

Dentro de éstas terapias hay tres alternativas diferentes. Para que se obtengan resultados positivos en la esquizofrenia:

1.- Farmacoterapia.- Corresponden a esta denominación las sustancias químicas capaces de actuar sobre el cerebro para revertir trastornos perceptuales como las alucinaciones, trastornos del pensamiento como los delirios y la deficiente organización conceptual y problemas de conducta como la agitación y la agresividad.

Lo que alguna vez fue entendido como una forma de degeneración física, puede también ser entendido como consecuencia de la falla de contacto interpersonal y cooperante.

2. Terapia de choque.- En esta categoría se encuentran el coma insulínico, el cual consistía en la inducción de una serie de comas profundos y frecuentes, generalmente a diario, mediante la administración de dosis de insulina endovenosa; fue desplazado con la aparición de la terapia electroconvulsiva, también llamada "electroestimulación cerebral" las cuales mitigan notablemente las convulsiones.

3.-Psicocirugía.- A pesar de que por el momento el empleo de este tipo de técnicas es excepcional y va dirigido al control de ciertos síntomas como la agresividad, cuando son severos e incontrolables por otros medios, hay autores que opinan que la idea no puede abandonarse del todo, basándose en los avances en la investigación macro y microscópica de la morfología y la fisiología del cerebro, en los que podrían sustentarse nuevas técnicas.

## TERAPIAS AMBIENTALES.

De distintos modelos de manejo ambiental, han surgido otros, los cuales funcionan únicamente con pacientes externos, a veces dentro de un hospital psiquiátrico llamándolo "hospital de día" y a veces como centros comunitarios de atención.

Se basan en la combinación de diferentes modalidades terapéuticas, proveídas por un equipo multiprofesional y organizadas en un programa. De ellas se pueden mencionar el entrenamiento de habilidades sociales, el entrenamiento en auto cuidado, extinción de conductas indeseables y desarrollo de pautas adaptativas, entrenamiento y apoyo de tipo laboral, todo junto con la revisión psiquiátrica y la administración constante de tratamiento farmacológico.

## TERAPIAS PSICOLÓGICAS.

Es importante mencionar porque la terapia psicológica puede traer resultados positivos en la esquizofrenia:

- Se puede hablar de mejoría sobre todo en aquellos casos que son objeto de intervención desde el inicio de su enfermedad.
- Muchas veces el resultado final de la esquizofrenia no es el deterioro secundario a un proceso psico-orgánico y su curso está influido por las intervenciones psicológicas. Lo que alguna vez fue entendido como una forma de degeneración física, puede también ser entendido como consecuencia de la falta de contacto interpersonal y esperanza.
- El comportamiento esquizofrénico no es completamente diferente de la experiencia psicológica normal y no debe ser entendido como incomprensible e inabordable. Puede haber una proporción importante de comportamientos normales en los enfermos, con los que es posible trabajar. Además, no necesariamente debe comprenderse el origen y la naturaleza de una conducta para intentar modificarla.

- La esquizofrenia puede ser entendida y abordada como parte de la experiencia humana y en ella pueden manifestarse con enorme claridad y simplicidad muchos aspectos de la vida, que pueden ser un vasto campo para el estudio y la investigación. El fenómeno no es inaccesible.

A continuación se mencionan las modalidades de atención psicológica mejor estructuradas técnicamente, más ampliamente utilizadas y con las que se haya obtenido algún resultado.

Con respecto de las diferentes posturas teóricas y técnicas en relación con la terapia psicológica, éstas han seguido la misma secuencia histórica y conceptual de la psicología como ciencia.

Las diversas modalidades de intervención psicológica, individual, familiar y grupal, que han tenido mayor difusión y han sido más ampliamente experimentadas, pueden sintetizarse en las siguientes:

- 1.- Terapia de orientación psicoanalítica.
2. Terapia existencial.
- 3.-Terapias de modificación conductual.
- 4.- Terapia sistémica.

## TERAPIA DE ORIENTACIÓN PSICOANALITICA.

La terapia analítica puede ser definida como el proceso de interpretación de la transferencia y las resistencias, para provocar el cambio. Las técnicas empleadas en ésta terapia se dividen en dos modalidades:

- a) Intervención de proceso primario. Reservadas para los analistas expertos, requieren de una considerable inversión de tiempo. Destacan entre ellas el análisis directo de Rosen, y la técnica de Sechehaye, basada en el abordaje del estadio pretransferencial, la seguridad a través de la garantía de relación objetal, la realización simbólica de las necesidades orales, la transferencia mediante una relación de dependencia intensa y la posterior reconstrucción del yo.
- b) Intervención de proceso secundario. Han tenido una mayor difusión. Hacen énfasis en la necesidad de reprimir lo que ha irrumpido en la conciencia. Interpretar defensas mas que impulsos primarios y enfocarse en la realidad mas que en el inconsciente. Esta postura ha influido

notablemente a otras formas de tratamiento psicológico diferentes del análisis.

Los procesos psicóticos son abordados hoy en día raramente a través del tratamiento analítico.

### **TERAPIA DE ORIENTACIÓN EXISTENCIAL.**

Conocida como la "tercera escuela en psicoterapia", logoterapia o terapia del sentido de la existencia, es una aportación de Franklyn y otros. Se enfoca a la comprensión de la experiencia subjetiva del enfermo. Algunos como Laing adoptaron posturas extremas y hablaron de acompañar al paciente en un viaje a través de su universo interno, recorriendo su experiencia psicótica, la cual debía ser experimentada intensamente para curar.

### **TERAPIAS DE MODIFICACION DE CONDUCTAS.**

Las teorías estrictamente conductuales de la esquizofrenia postulan que el conjunto de comportamientos que se denominan de esta manera es el resultado de un proceso, en el que las conductas socialmente adaptadas se extinguen como resultado de la falta de refuerzo ambiental, en vista de que el sujeto entra en una situación de alineación social, etiquetaje y hospitalización.

2.- Debe estar descrita en términos conductuales

3.- Debe ser relevante a la situación.

Las técnicas de modificación de conducta poseen algunas características comunes: se derivan del análisis experimental de la conducta, se emplean en diferentes ambientes, tienen la función de readaptar a las personas y puede producir cambios de la conducta de casi cualquier persona.

8.- Se debe hacer una observación directa y sistemática del procedimiento de reforzamiento

Las más empleadas son el reforzamiento positivo, el reforzamiento negativo, el moldeamiento, la instigación, el juego de roles y la retroalimentación.

10.- Debe utilizarse la instigación para la ejecución de las conductas.

Para mantener conductas se prefieren el reforzamiento intermitente y el desvanecimiento, mientras que para disminuir conductas se emplean la extinción, el tiempo fuera, el castigo positivo, el castigo negativo, el reforzamiento diferencial de otras conductas y la saciedad.

La evaluación conductual pretende conocer las situaciones bajo las cuales se presentan las conductas adaptadas, así como las inadaptadas, al igual que las consecuencias de ambas. Se busca con ello modificar las condiciones para fomentar la adaptación y minimizar la inadaptación.

**TERA** Los antecedentes ambientales (familiares, laborales, escolares, sociales, de instituciones de salud), así como los antecedentes internos, que pueden consistir en auto instrucciones, estrategias para la solución de problemas y patrones de respuesta fisiológicos forman una parte importante de esta labor.

Uno de los procedimientos conductuales que se ha empleado con mayor frecuencia con los pacientes esquizofrénicos demostrando su efectividad, es la Economía de Fichas. La técnica consiste en proveer a los pacientes con fichas, equivalentes a dinero, después de la ocurrencia de conductas terapéuticamente deseables. Estas fichas son intercambiables por una gran variedad de objetos, privilegios o reforzadores.

Un programa de esta naturaleza enseña a los pacientes crónicos hospitalizados a incrementar sus conductas adaptativas cotidianas y relevantes, enseñándoles de manera directa que sus comportamientos tienen consecuencias.

Es importante considerar algunos aspectos al implementar un programa de Economía de Fichas:

- 1.- La conducta pretendida debe ser específica.
- 2.- Debe estar descrita en términos conductuales.
- 3.- Debe ser relevante a la situación.
- 4.- El reforzador debe variarse.
- 5.- Es necesario muestrear reforzadores para probar su eficacia.
- 6.- La conducta debe producir un cambio en el ambiente.
- 7.- Deben especificarse el tiempo y lugar de la ocurrencia.
- 8.- Se debe hacer una observación directa y sistemática del procedimiento de reforzamiento.
- 9.- Se debe utilizar el moldeamiento para desarrollar la cadena de respuestas deseada.
- 10.- Debe utilizarse la instigación para la ejecución de las conductas.

Los sistemas de economía de fichas se han utilizado principalmente para entrenar habilidades de auto cuidado, habilidades sociales y habilidades de la vida cotidiana.

## TERAPIA SISTEMICA.

Esta modalidad de orientación terapéutica ha encontrado aplicación sobre todo en el campo de la terapia familiar, a partir del llamado concepto "sistémico" de la familia, que permite su abordaje terapéutico.

Se propone que la familia es un sistema abierto, integrado por diferentes subsistemas, se describe el proceso histórico que siguieron esos subsistemas en su integración y se hace una evaluación presente de la condición que guardan con el fin de mantener al sistema en una situación de equilibrio, denominada "homeostasis".

La experiencia con este enfoque para el manejo de pacientes esquizofrénicos señala:

- a) La terapia sistémica ha ofrecido un método serio, conceptualmente sólido y sistemático para abordar a las familias con un enfermo psicótico, eliminando la improvisación y sustituyendo en buena medida a la terapia familiar de tipo psicoanalítico.
- b) Si bien la convivencia en el seno de una familia disfuncional o desintegrada, con códigos de comunicación típicamente anormales entre sus integrantes, puede considerarse un estresor tardío en el proceso patogénico de la enfermedad, y el déficit cognoscitivo temprano que los esquizofrénicos podrían tener resulta mucho más difícil de enfrentar con un pobre soporte familiar, aumentando el riesgo de enfermar, no es posible afirmar que una familia disfuncional es la causa del mal.
- c) Es indudable que la terapia familiar sistémica no va a curar la enfermedad. Nuevamente se debe considerar el déficit psicofisiológico y sus síntomas consecutivos, que son eventos tempranos y la intervención familiar debe ser modesta en sus pretensiones al respecto. Contribuir al ajuste del enfermo a su familia, atendiendo la desintegración y corrigiendo la disfunción es sin lugar a dudas deseable. El soporte familiar es indispensable en la enfermedad y puede hacer necesaria la terapia.
- d) La experiencia ha enseñado que no todas las familias con un enfermo **esquizofrénico son abordables mediante terapia sistémica. Deben existir intervenciones de diversas modalidades para una familia con un psicótico, y éstas deben ir desde la información accesible y detallada acerca de la enfermedad y sus posibilidades, al entrenamiento en las habilidades necesarias para convivir con un enfermo e interactuar con él en términos tales que proporcionen su adaptación.**

## LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS.

Habitualmente, la función de las pruebas psicológicas ha sido medir las diferencias entre individuos o entre las reacciones de la misma persona en circunstancias distintas.

La detección de las deficiencias intelectuales han sido y siguen siendo una aplicación importante de ciertos instrumentos. Así mismo, los usos clínicos incluyen el examen de personas con trastornos emocionales graves y otros problemas de conducta.

Se puede mencionar también que la evaluación de las necesidades educativas dio un fuerte impulso al desarrollo inicial de las pruebas, como lo fue el caso de los famosos test de Binet que comenzaron el movimiento de las mediciones.

## **CAPITULO IV: LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS**

La selección y clasificación del personal industrial es otra aplicación fundamental de las pruebas psicológicas y constituye una parte importante del programa global del departamento de personal.

Es evidente el uso de los instrumentos de medición psicológicos en la solución de una gran variedad de problemas prácticos, sin embargo, las pruebas también cumplen funciones importantes en la investigación práctica.

A continuación, se presentan las distintas pruebas utilizadas en este trabajo, comentando su origen y su aplicación.

## LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS.

Habitualmente, la función de las pruebas psicológicas ha sido medir las diferencias entre individuos o entre las reacciones de la misma persona en circunstancias distintas.

La detección de las deficiencias intelectuales han sido y siguen siendo una aplicación importante de ciertos instrumentos. Así mismo, los usos clínicos incluyen el examen de personas con trastornos emocionales graves y otros problemas de conducta.

Se puede mencionar también que la evaluación de las necesidades educativas dio un fuerte impulso al desarrollo inicial de las pruebas, como lo fue el caso de los famosos test de Binet que comenzaron el movimiento de las mediciones de la inteligencia.

La selección y clasificación del personal industrial es otra aplicación fundamental de las pruebas psicológicas y constituye una parte importante del programa global del departamento de personal.

Es evidente el uso de los instrumentos de medición psicológicos en la solución de una gran variedad de problemas prácticos; sin embargo, las pruebas también cumplen funciones importantes en la investigación práctica.

A continuación, se presentan las distintas pruebas utilizadas en este trabajo, comentando su origen y su aplicación.

## Calificación de las líneas TEST DE BENDER muestra cómo se expresa conductivamente ante el arte los demás

Tiene los fundamentos básicos para detectar tanto problemas de tipo neurológico como para poder discernir sobre la estructura psicológica de la personalidad del sujeto examinado.

Fue construido entre los años de 1932 y 1938, sobre la base de los conceptos gestálticos de la configuración de Max Wertheimer. Lauretta Bender 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", por lo tanto, no solo se considera lo que el individuo percibe, considerando la utilización de tales estímulos percibidos (3).

La prueba Bender pertenece por una parte a las pruebas visomotoras y por la otra a las gestálticas.

Ha demostrado tener valor considerable en la exploración del desarrollo de la inteligencia infantil y en el psicodiagnóstico de la múltiple variedad de los síndromes clínicos de deficiencia mental, afasias, desórdenes orgánicos difusos, psicosis mayores, psiconeurosis tanto en niños como en adultos.

La prueba consta de 9 figuras geométricas las cuales tienen características preliminares auxiliares en su interpretación, a continuación se describen.

Orden: Se refiere a la capacidad de planeación.

Cohesión: Nos indicará cómo el sujeto reacciona frente al medio ambiente.

Margen: Su observación nos indicará necesidad de apoyo, inseguridad, **dependencia, rigidez, etc.**

Modificación del tamaño de la figura: Su representación nos indicará necesidades del sujeto.

Utilización del espacio en blanco: Nos señalará el sentimiento del sujeto hacia el medio ambiente.

Dirección de las figuras: Los afectos del examinado los expresará en distintas formas.

**IN Calidad de las líneas: Índice que nos muestra cómo se expresa conductualmente ante sí, ante los demás.**

A fines de 1938, los doctores Hathaway y McKinley comenzaron a reunir frases para una prueba que crearon convencidos de la necesidad existente de una técnica objetiva para evaluar la personalidad desde diferentes ángulos, multifásicamente, por medio de escalas o perfiles que fueran tan útiles tanto para la investigación como para la práctica clínica. En 1942, la Editorial de la Universidad de Minnesota publicó el primer trabajo relacionado con el MMPI.

Al elaborar la prueba que originalmente se llamó Registro Multifásico de la Personalidad se tuvo en cuenta la educación y la cultura de los sujetos a quienes se les administraba, para que las frases fueran comprendidas aun por personas sin un alto nivel intelectual o cultural. El propósito de esta primera presentación era valorar mayor número de tipos de personalidad y obtener más validez que las ofrecidas por otros inventarios.

Las escalas básicas utilizadas son: cuatro de validez y nueve clínicas.

Inicialmente las preguntas más bien se reducían a frases declarativas presentadas en la primera persona del singular. La mayoría se especificaban en sentido afirmativo, pero también existían algunas negativas. Las frases se estructuraron seleccionando las palabras utilizadas con mayor frecuencia por la mayoría de las personas. El sentido de las frases se restringió a temas conocidos.

El primer grupo clínico que se estudió fue el de hipocondriasis, considerándose que este grupo estaba integrado por pacientes psiconeuróticos extremadamente preocupados por su bienestar físico; a esta escala se denominó "Hs".

La escala Depresión que se denominó "D", se refiere a los pacientes deprimidos.

## El INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (MMPI).

A fines de 1938, los doctores Hathaway y McKinley comenzaron a reunir frases para una prueba que crearon convencidos de la necesidad existente de una técnica objetiva para evaluar la personalidad desde diferentes ángulos, multifásicamente, por medio de escalas o perfiles que fueran tan útiles tanto para la investigación como para la práctica clínica. En 1942, la Editorial de la Universidad de Minnesota publicó el primer trabajo relacionado con el MMPI.

Al elaborar la prueba que originalmente se llamó Registro Multifásico de la Personalidad se tuvo en cuenta la educación y la cultura de los sujetos a quienes se les administraba, para que las frases fueran comprendidas aún por personas sin un alto nivel intelectual o cultural. El propósito de esta primera presentación era valorar mayor número de tipos de personalidad y obtener más validez que las ofrecidas por otros inventarios.

Las escalas básicas utilizadas son: cuatro de validez y nueve clínicas.

Inicialmente las preguntas más bien se reducían a frases declarativas presentadas en la primera persona del singular. La mayoría se especificaban en sentido afirmativo, pero también existían algunas negativas. Las frases se estructuraron seleccionando las palabras utilizadas con mayor frecuencia por la mayoría de las personas. El sentido de las frases se restringió a temas conocidos.

El primer grupo clínico que se estudió fue el de hipocondriasis, considerándose que este grupo estaba integrado por pacientes psiconeuróticos extremadamente preocupados por su bienestar físico, a esta escala se denominó "Hs".

La escala Depresión que se denominó "D", se refiere a los pacientes depresivos.

La escala "Pa" se derivó de la utilización del MMPI con pacientes diagnosticados con síntomas paranoides. Eran pacientes que se sentían

La escala D señaló la manera estadística que era posible diferenciar clínicamente pacientes deprimidos de sujetos normales, como también el hecho de que la mujer ofrece una puntuación más alta que el hombre en esta escala.

La escala "Mf" fue obtenida al comparar la frecuencia con que las frases eran interpretadas por un grupo de normales y un grupo de homosexuales.

También La tercera escala clínica que se estructuró fue con objeto de diferenciar pacientes que sufrían de dudas exageradas, obsesiones y fobias. Antes se conocía este grupo como las Psicastenias, pero actualmente se denominan obsesivo - compulsivo. El término psicastenia se deriva del concepto de una debilidad de la voluntad que incapacita al individuo a impedir el tipo de conducta que realiza o que se ve forzado a realizar. Esta escala abreviada y comúnmente llamada "Pt", se utilizó para diferenciar casos de pacientes con síntomas clínicos con algún grado de psicastenia, de los sujetos normales.

La escala 1 es la denominación de la Hs, la 2 de D, La 3 de Hi, la 4 de Dp. La escala de Histeria "Hi" fue una de las primeras utilizadas con el fin de lograr diagnosticar clínicamente esta anomalía.

La escala "L" es una de las tres escalas de validez, las otras dos son la "K" y "F". En la estructuración de la escala "Ma" se utilizaron pacientes que sufrían de un grado moderado de esta perturbación ya que casos severos no pueden cooperar adecuadamente.

La escala L está integrada por 15 frases, que representan situaciones desahiladas socialmente, pero que rara vez son realizadas por el individuo.

La escala Ma fue una de las que más dificultad dio en la investigación de la evidencia de su validez, pero a través del tiempo ha sido de gran utilidad en la práctica clínica.

La escala "F" está integrada por 64 frases que se seleccionaron debido a que la puntuación de los sujetos normales seleccionados era muy baja en la escala, ya que solamente llegaban de 4 a 4 puntos. Se observó que esta escala era muy difícil de responder.

La escala de desviación psicopática "Dp", tiene por objeto el estudiar el grupo conocido clínicamente como personalidad psicopática, término que incluye personas con conducta asocial, caracterizados por cuadros patológicos en estructura de su personalidad, con mínima angustia, y poco o ningún sentido de malestar.

La escala "Es" se derivó de un grupo de 152 proposiciones que mostró diferencias confiables estadísticamente del grupo de esquizofrénicos, pero se tuvo que modificar. Finalmente se llegó a la escala actual la cual se modificó con la introducción de la escala de corrección "K" la cual se describirá posteriormente.

La escala "S" se refiere a Introversión y extroversión social. Las personas que obtengan una alta puntuación tienen la tendencia a aislarse socialmente. Cuando la puntuación es baja el individuo es más bien extrovertido y tiende a relacionarse con los demás.

La escala "Pa" se derivó de la utilización del MMPI con pacientes diagnosticados con síntomas paranoides. Eran pacientes que se sentían

perseguidos, sufrían de megalomanía, eran suspicaces, con ideas de referencia, rígidos en sus opiniones y actitudes.

La escala "Mf" fue obtenida al comparar la frecuencia con que las frases eran interpretadas por un grupo de normales y un grupo de homosexuales, También se compararon las frecuencias de las interpretaciones de hombres y mujeres.

En la actualidad se les ha denominado con una expresión numérica que facilita la clasificación y la interpretación de la gráfica que se presenta en el llamado perfil del MMPI.

La escala 1 es la denominación de la Hs, la 2 de D. La 3 de Hi, la 4 de Dp, la 5 de Mf, la 6 de Pa, la 7 de Pt, la 8 de Es, la 9 de Ma y la 0 de Si.

La escala "L" es una de las tres escalas de validez, las otras dos son la "K" y la "F".

La escala L está integrada por 15 frases, que representan situaciones deseables socialmente, pero que rara vez son realizadas por el individuo.

La escala F está integrada por 64 frases que se seleccionaron debido a que la puntuación de los sujetos normales seleccionados era muy baja en la escala, ya que solamente llegaban de 2 a 4 puntos. Se observó que esta escala era muy alta, indicando en este sentido dificultad para comprender, y por lo tanto, la prueba sería inválida si este era el caso o por otra parte indicaba también que el sujeto no colaboraba en forma adecuada para resolver la prueba. Otro grupo que obtiene una puntuación alta en la escala es el de las personas que quieren engañar.

La escala "? No puedo decir" se obtiene contando el número de frases que el sujeto no contesta.

La escala "Si" se refiere a introversión y extroversión social. Las personas que ofrecen una alta puntuación tienen la tendencia a aislarse socialmente. Cuando la puntuación es baja el individuo es más bien extrovertido y tiende a relacionarse con grupos con el fin de tomar parte activa en las organizaciones a que pertenece.

La escala "K" es la que se originó más recientemente entre las escalas de validez y es mucho más compleja. Se utiliza combinada con cinco escalas clínicas, Hs, Dp, Pt, Es y Ma; con estas escalas tiene un propósito correctivo. Una puntuación alta en K con una puntuación elevada de L indica actitud defensiva, falta de franqueza, en tanto que una puntuación baja en la escala K y una puntuación elevada de la escala F indica franqueza y demasiada autocrítica.

Como escala modificadora, la K tuvo por objeto diferenciar casos que querían parecer graves y no lo eran y casos que eran graves y no querían parecerlo. Con este fin se buscó una serie de oraciones que pudieran ofrecer un cuadro de la actitud que paciente tenía al interpretar la prueba. Se llegó a 30 frases que ahora integran esta escala.

3.- La demanda del instrumental psicodiagnóstico adulto por los gabinetes psicotécnicos.

4.- El crédito que el psicodiagnóstico de Rorschach (1921) conquistó para los instrumentos proyectivos.

El T. A. T. aparece en las baterías psicodiagnósticas en 1935, gracias al empuje de dos estudiosos de la Clínica Psicológica de Harvard: H. A. Murray y Christina D. Morgan. La colección de láminas del T. A. T. fue seleccionada tras reiteradas experiencias, no obstante, se introdujeron varios cambios (3).

En un principio, la prueba consistía en solicitar al sujeto solo interpretaciones y conjeturas acerca de las escenas de una lámina; más tarde, se modificó esa consigna por la actual: la invención de una historia dramática completa.

El repertorio completo está integrado por 31 láminas, de ellas 30 son pictóricas y una blanca. De las 31 láminas sólo se administran 20, 11 son universales y se administran a todo examinado, 9 son específicas y se administran discriminadamente, según la edad y sexo del examinado.

En las láminas puede distinguirse:

- a) Un contenido textual (las figuras que integran la composición pictórica), lo aparente y manifiesto de la lámina, aquello que se capta por visualización del cuadro.
- b) Un contenido contextual, el significado o sentido que se le atribuye comúnmente a la escena, que se capta por comprensión.

## TEST DE APERCEPCION TEMÁTICA.

Tanto en los contextos como contextual (situación significada), la galería de láminas incluye variantes las cuales son:

1.- Según el tamaño interpersonal de la situación textual.

Entre 1910 y 1930 se dieron diversas condiciones que favorecieron el surgimiento del T. A. T. y de los test proyectivos en general. Las más importantes se resumen en:

- 1.- La introducción del enfoque profundo y dinámico por el movimiento psicoanalítico.
- 2.- La demanda del instrumental psicodiagnóstico infantil por las clínicas psicológicas.
- 3.- La demanda del instrumental psicodiagnóstico adulto por los gabinetes psicotécnicos.
- 4.- El crédito que el psicodiagnóstico de Rorschach (1921) conquistó para los instrumentos proyectivos.

El T. A. T. aparece en las baterías psicodiagnósticas en 1935, gracias al empeño de dos estudiosos de la Clínica Psicológica de Harvard: H. A. Murray y Christina D. Morgan. La colección de láminas del T.A. T. fue seleccionada tras reiteradas experiencias, no obstante, se introdujeron varios cambios (8).

En un principio, la prueba consistía en solicitar al sujeto solo interpretaciones y conjeturas acerca de las escenas de una lámina; más tarde, se modificó esa consigna por la actual: la invención de una historia dramática completa.

El repertorio completo está integrado por 31 láminas; de ellas 30 son pictóricas y una blanca. De las 31 láminas sólo se administran 20; 11 son universales y se administran a todo examinado, 9 son específicas y se administran discriminadamente, según la edad y sexo del examinado

En las láminas puede distinguirse:

- a) Un contenido textual (las figuras que integran la composición pictórica), lo aparente y manifiesto de la lámina, aquello que se capta por visualización del cuadro.
- b) Un contenido contextual, el significado o sentido que se le atribuye comúnmente a la escena, que se capta por comprensión.

Tanto en los aspectos textual (situación objetiva) como contextual (situación significada), la galería de láminas incluye variantes, las cuales son:

- 1.- Según el tamaño interpersonal de la situación textual.
- 2.- Según el vínculo interpersonal de la situación textual.
- 3.- Según la naturaleza de la situación contextual.
- 4.- Según el aspecto dinámico que moviliza frecuentemente.

Esta dividida en dos partes, las cuales son:

**ESCALA VERBAL** - Se compone de las subpruebas: Información, Comprensión, Aritmética, Similitudes, Dígitos y Vocabulario.

Las seis subpruebas verbales tienen tareas con las que se miden aptitudes que dependen del lenguaje.

**ESCALA DE EJECUCIÓN** - Está integrada por las subpruebas Claves, Figuras Incompletas, Diseño con cubos, Ordenación de Dibujos y Rompecabezas.

Las cinco subpruebas de ejecución contienen tareas con las que se miden aptitudes que dependen del pensamiento no verbal y la resolución de problemas.

## ESCALA WECHSLER DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS (WAIS).

El psicólogo David Wechsler introdujo el prototipo de esta prueba en 1939, la cual fue revisada posteriormente en 1955. Se debe tomar en cuenta las primeras preguntas del examinado, el tiempo que tarda en realizar el dibujo, la secuencia de las partes dibujadas, si utiliza la goma y qué partes ha borrado además de todos los comentarios del sujeto mientras dibuja.

Está dividida en dos escalas, las cuales son:

**ESCALA VERBAL.**-Se compone de las subpruebas: Información, Comprensión, Aritmética, Semejanzas, Dígitos y Vocabulario.

Una parte importante es tomar en cuenta el sexo de la persona que dibuja después de haber terminado el dibujo. Las seis subpruebas verbales tienen tareas con las que se miden aptitudes que dependen del lenguaje.

La autora Karen Machover propuso que, terminado el dibujo, el examinado dibuje una figura. **ESCALA DE EJECUCIÓN.**- Está integrada por las subpruebas Claves, Figuras Incompletas, Diseño con cubos, Ordenación de Dibujos y Rompecabezas.

Las cinco subpruebas de ejecución contienen tareas con las que se miden aptitudes que dependen del pensamiento no verbal y la resolución de problemas.

## TEST DE LA FIGURA HUMANA DE MACHOVER.

La técnica de aplicación del test es fácil, lo cual ha facilitado su difusión. Se presenta al examinado un papel blanco tamaño carta, un lápiz y una goma de borrar y se pide que "dibuje una persona".

Puede ser utilizado también como test de desarrollo o test grafológico. Si se utiliza. Se debe tomar en cuenta las primeras preguntas del examinado, el tiempo que tarda en realizar el dibujo, la secuencia de las partes dibujadas, si utiliza la goma y qué partes ha borrado además de todos los comentarios del sujeto mientras dibuja. dibujo.

Una parte importante es tomar en cuenta el sexo de la persona que dibuja, después de que termina, se le pide que dibuje el sexo contrario. cuando el árbol, el sujeto se proyectará a través del dibujo (10).

La autora Karen Machover propuso que, terminado el dibujo, el examinado invente una historia de la persona que dibujó, esto constituye una parte importante llamada "análisis de las asociaciones" (10).

Este test, clasificado también como proyectivo, nos va a permitir observar la concepción que el sujeto tiene acerca de la imagen maternal.

Así mismo, también proyecta la relación del sujeto con su medio ambiente, al igual que la calidad de los vínculos interpersonales.

## TEST DEL ARBOL.

Es presentado en 1949 por Karl Koch y consiste en pedirle al examinado que dibuje un árbol que no sea pino ni árbol frutal.

Puede ser utilizado también como test de desarrollo o test grafológico. Si se utiliza como test proyectivo va a permitir la exploración de la personalidad a través de la interpretación de la proyección de la imagen corporal, también de la interpretación de la simbólica del espacio y de la simbólica de los objetos contenidos en el dibujo.

V - Actitud ante las relaciones heterosexuales.

VI - Actitud ante amigos o conocidos.

VII - Actitud ante los superiores en el trabajo o escuela.

VIII - A La ejecución es una afirmación del sujeto ante su realidad. En el dibujo, la realidad exterior es la hoja de papel sobre la cual es realizado el árbol, el sujeto se proyectará a través del dibujo (10).

XI - Actitud frente a sentimientos de culpa.

XII - Actitud frente a las propias capacidades.

XIII - Actitud frente al pasado.

XIV - Actitud frente al futuro.

XV - Actitud frente a los metas. **TEST DE LA CASA.**

Este test, clasificado también como proyectivo, nos va a permitir observar la concepción que el sujeto tiene acerca de la imagen materna.

Así mismo, también proyecta la relación del sujeto con su medio ambiente al igual que la calidad de los vínculos interpersonales.

El autor de este test proporciona las significaciones de las cualidades de los trazos y sus direcciones, también de las formas y arrollas que resultan de la comparación de los trazos.

Brinda una caracterización grafológica de los dibujos de los sujetos de tipo realista y abstracto.

## TEST DE FRASES INCOMPLETAS.

Test realizado por Joseph Sacks, consta de 60 frases que son completadas por el examinado.

Dichas frases hacen referencia a distintas áreas, las cuales son:

- I.- Actitud ante la madre.
- II.- Actitud ante el padre.
- III.- Actitud ante el grupo familiar.
- IV.- Actitud ante la mujer.
- V.- Actitud ante las relaciones heterosexuales.
- VI.- Actitud ante amigos o conocidos.
- VII.- Actitud ante los superiores en el trabajo o escuela.
- VIII.- Actitud frente a subordinados.
- IX.- Actitud frente a colegas del trabajo o escuela.
- X.- Actitud frente a temores.
- XI.- Actitud frente a sentimientos de culpa.
- XII.- Actitud frente a las propias capacidades.
- XIII.- Actitud frente al pasado.
- XIV.- Actitud frente al futuro.
- XV.- Actitud frente a las metas.

La calificación se realiza dando 2 puntos a las áreas de conflicto que no puede manejar, 1 punto a los problemas leves y 0 a donde no existen problemas.

## TEST DEL DIBUJO LIBRE

El autor de este test proporciona las significaciones de las cualidades de los trazos y sus direcciones, también de las formas y aquellas que resultan de la comparación de los trazos.

Brinda una caracterización grafológica de los dibujos de los sujetos de tipo realista y abstracto.

## HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA

### I.- FIGHA DE IDENTIFICACION

Nombre: Angélica López Castillo

Edad: 30 años

Fecha de nacimiento: 1 de diciembre de 1970

Sexo: Femenino

Estatus Civil: Soltera

Ocupación: Nula

Estratificación: Primaria

Lugar de Nacimiento: Morelia, Michoacán

Lugar de Residencia: Morelia, Michoacán

Religión: Católica

Fecha de la Entrevista: 9 de Abril de 2001

Fuente y Fidedad de la Información: Madre y Paciente, confiable

**II.- MONITORIA** **CAPITULO V: HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA** lleva a consulta debido a un arranque de ira ocurrido en casa, donde rompió puertas, quemó basura, y uso de medicamentos de tranquilizarla. Debido a las expectativas de la paciente respecto al tratamiento, no muestra siquiera conciencia de enfermedad y dice no saber porque la "evaron".

Cabe señalar que la paciente llega al área de Psicología canalizada por el área de Medicina para su valoración psicológica.

En cuanto a los resultados de atenciones anteriores con otros especialistas y su actitud hacia ellos, se menciona que fue tratada en consulta externa en el hospital psiquiátrico "José Torres" durante dos años, teniendo pocos resultados y con buena aceptación por parte de la paciente.

Latente: La madre de la paciente se muestra enfadada y cansada por la conducta de Angélica, pues ha llegado al grado de faltarle al respeto, así como agredir a su familia. De alguna manera quiere delegar una responsabilidad que ya no puede manejar.

### III.- PADECIMIENTO HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA.

#### I.- FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: Angélica López Castillo

Edad: 30 años

Fecha de nacimiento: 1 de diciembre de 1970

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Ocupación: Nula

Escolaridad: Primaria

Lugar de Nacimiento: Morelia, Michoacán

Lugar de Residencia: Morelia, Michoacán

Religión: Católica

Fecha de la Entrevista: 9 de Abril de 2001

Fuente y Fidelidad de la Información: Madre y Paciente, confiable.

**II.- MOTIVO DE CONSULTA: Manifiesto.**- La madre de Angélica la lleva a consulta debido a un arranque de agresividad sucedido en casa, donde rompió puertas, quemó basura, incluso llegó la policía a tratar de tranquilizarla. Debido a las expectativas de la paciente respecto al tratamiento, no muestra siquiera conciencia de enfermedad y dice no saber porque la llevaron.

Cabe señalar que la paciente llega al área de Psicología canalizada por el área de Medicina para su valoración psicológica.

En cuanto a los resultados de atenciones anteriores con otros especialistas y su actitud hacia ellos, se menciona que fue tratada en consulta externa en el hospital psiquiátrico "José Torres" durante dos años, teniendo pocos resultados y con buena aceptación por parte de la paciente.

Latente.- La madre de la paciente se muestra "enfadada y cansada" por la conducta de Angélica, pues ha llegado al grado de faltarle al respeto, así como agredir a su familia. De alguna manera quiere delegar una responsabilidad que ya no puede manejar.

### III.- PADECIMIENTO O PROBLEMA ACTUAL

• La conducta agresiva de la paciente inicia a la edad de los 4 años en que le vaciaba la comida en la cabeza a alguno de sus hermanos que estuviera a su lado. Tornándose poco a poco agresiva y apartada, convivía poco.

La forma de inicio del padecimiento se dio paulatinamente y ha tomado un curso progresivo.

El evento desencadenante de tal problema fue el atropellamiento que sufrió Angélica a los tres años de edad, provocándole traumatismo craneoencefálico, pérdida del conocimiento por momentos e iniciando así ataques epilépticos.

Cabe destacar también el ambiente hostil y agresivo que en esos momentos vivía la familia de Angélica, ya que el padre fue alcohólico.

Las consecuencias que se han dado debido al padecimiento han llegado a todas las áreas tales como relaciones interpersonales, las cuales se dan en cantidad y calidad pobres, en el área familiar lleva una mala relación así como la poca vida social.

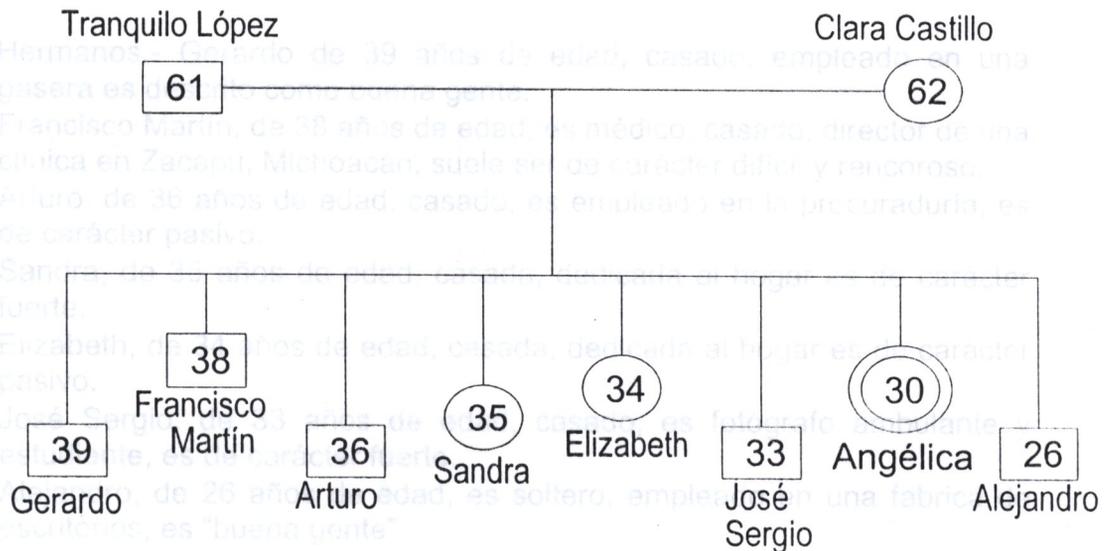
También han sucedido cambios tanto en el sueño como en la ingestión de comida, lo cual se ha manifestado por la obesidad de la paciente.

Manifiesta poca o nula capacidad para tomar decisiones y asumir responsabilidades. Suele comunicarse poco con las demás personas.

• Su personalidad es tranquila, "buena", reservada aunque poco firme en cuanto a marcar límites. La relación con la paciente en la niñez fue buena, después "más o menos" y actualmente es difícil.

#### IV.- AREA FAMILIAR (FAMILIA DE ORIGEN)

- Familiograma



- **Antecedentes familiares.-** El padre de Angélica padeció de alcoholismo, además, a referencia de la madre de Angélica, un tío paterno, por parte del padre, padecía de algún trastorno mental.

- **Madre.-** La madre de Angélica tiene 62 años de edad, se dedica al hogar y su estado de salud mental es bueno, no así el físico, puesto que tiene el padecimiento de diabetes y arritmia cardiaca.

- **Su personalidad es tranquila, "buena", reservada aunque poco firme en cuanto a marcar límites. La relación con la paciente en la niñez fue buena, después "más o menos" y actualmente es difícil.**

- Padre.- El padre de Angélica tiene 61 años de edad, es pensionado, pues fue empleado federal. Su estado de salud mental es bueno, no así el físico, pues padece diabetes.

Es de personalidad fuerte, "enojón", poco expresivo, la relación con la paciente durante la infancia y adolescencia fue muy poca, comenta la madre de Angélica que no le hacía caso, ahora se llevan "más o menos".

- Hermanos.- Gerardo de 39 años de edad, casado, empleado en una gasera es descrito como buena gente.
- Francisco Martín, de 38 años de edad, es médico, casado, director de una clínica en Zacapu, Michoacán, suele ser de carácter difícil y rencoroso.
- Arturo, de 36 años de edad, casado, es empleado en la procuraduría, es de carácter pasivo.
- Sandra, de 35 años de edad, casada, dedicada al hogar es de carácter fuerte.
- Elizabeth, de 34 años de edad, casada, dedicada al hogar es de carácter pasivo.
- José Sergio, de 33 años de edad, casado, es fotógrafo ambulante y estudiante, es de carácter fuerte.
- Alejandro, de 26 años de edad, es soltero, empleado en una fabrica de escritorios, es "buena gente".

- Ambiente Familiar.- Durante la infancia de la paciente, éste se tornó difícil debido al alcoholismo del padre y a que no cumplía con sus obligaciones, la madre de Angélica se vio obligada a vender cena para solventar los gastos; fue un ambiente agresivo, puesto que el padre golpeaba a la madre de Angélica, hubo infidelidad por parte del padre.

Durante la adolescencia cambió un tanto la situación, aunque había poca comunicación.

#### V.- DATOS EVOLUTIVOS:

- Desarrollo Temprano.- Nacimiento eutócico, en medio hospitalario, peso al nacer 3.580 Kg. No hubo problemas al nacer. Refiere la madre de Angélica que cuando estaba embarazada se cayó en una ocasión de una moto y en otra ocasión su marido la golpeó y cayó de espaldas, no refiere aparentes consecuencias de tales hechos. En cuanto a hábitos alimenticios y estado de salud no hubo problema. Su caminata y habla fueron normales.

Fue una hija no planeada y no deseada puesto que ya había "muchas familia y otra más, era difícil".

- **Primera Infancia.-** Su carácter era difícil, hasta los 3 años de edad que inician los ataques epilépticos. Mala aceptación con la llegada del hermanito.
- **Niñez.-** Era calmada, no se metía en problemas.

**VI.- ADOLESCENCIA:** No hubo mayores cambios, sin embargo, comenzó a querer salir más de casa yéndose con amigas, lo cual frenó su madre y no la dejaba salir.

#### **VII.- AREA ESCOLAR:**

- **Preescolar.-** No cursó debido a los ataques epilépticos.
- **Primaria.-** El primer año estuvo en una escuela particular, los años subsecuentes en escuela de gobierno yendo a tres escuelas antes de llegar a una escuela de educación especial donde le dieron su certificado, sin embargo, sabiendo la madre de Angélica que no tenía la capacidad requerida, la metió a dos escuelas más. Tuvo bajo rendimiento escolar debido a la dificultad tanto en lecto-escritura como en matemáticas.

**VIII.- AREA LABORAL:** Angélica nunca ha trabajado.

**IX.- RELACIONES INTERPERSONALES:** No hay habilidad para socializar, poca capacidad para establecer vínculos afectivos teniendo poca calidad y cantidad en ellos.

**X.- AREA SEXUAL:** Aparición de la menarca a los 14 años mostrando aceptación a tal hecho. Sus ciclos son irregulares. Muestra cierta ansiedad respecto al tema puesto que no da más datos.

**XI.- FARMACODEPENDENCIA (ADICCIONES O HABITOS)**  
Desde la edad de tres años la paciente consumió Oracepam, el cual dejó de tomar a los 10 años de edad.

De los 26 años de edad a la fecha ha consumido Seropram, Royhpnol, Tegretol.

XV - Su Tratamiento actual consiste en Seropram y Flunitracepam.

#### Evaluación Multiaxial

**XII.- COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL:** Angélica nunca ha sido encarcelada, sin embargo, en una ocasión su madre tuvo que llamar a la policía porque rompió su closet, quemó basura y estaba muy agresiva, lo cual nadie podía controlar.

**XIII.- EXAMEN MENTAL:** El aspecto general de la paciente denota poco interés en su arreglo personal, llegando al grado de descuido. Su conducta es pasiva.

Estado de cognición y del sensorio.- La paciente se muestra poco consiente, así mismo, dentro de las funciones intelectuales hay dispersión en la atención, fallas en la memoria, poca habilidad para aprender, aunque se encuentra orientada en tiempo, lugar y espacio. Se muestra sensible a los estímulos.

#### XVII.- TRATAMIENTO:

Su discurso es muy concreto y algunas ocasiones vago. Suele dar una interpretación "extraña" a los eventos ya que refiere, le suceden cosas "raras".

Su afectividad se encuentra aplanada, no muestra arrepentimiento cuando hace algún daño, ni cariño o amor por alguien en especial.

**XIV.- DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO:** Los síntomas que presenta Angélica son: Alucinaciones visuales y auditivas, auto y heteroagresividad, anhedonia, labilidad emocional, así como crisis convulsivas.

Los rasgos predominantes de la personalidad son pasividad, marcada dependencia, rigidez emocional, vulnerabilidad, infantilismo y agresividad.

Cabe destacar que la epilepsia es una circunstancia que interviene directamente en su problema, así mismo, se nota pobre capacidad de adaptación puesto que no respeta reglas ni límites.

## **XV.- DIAGNOSTICO NOSOLOGICO PRINCIPAL:**

Evaluación Multiaxial

Eje I.- Trastorno psicótico debido a la epilepsia

Eje II.- Retraso mental moderado

Eje III.- Epilepsia

Eje IV.- Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V.- 21-30

## **XVI.- PRONOSTICO:**

Se vislumbra un pronóstico pobre puesto que la paciente tiene pocos recursos debido a la epilepsia, sin embargo, se puede estimular para su adaptabilidad.

## **XVII.- TRATAMIENTO:**

Principalmente se debe seguir el tratamiento médico psiquiátrico ya que la enfermedad lo requiere.

En cuanto a la estrategia terapéutica, hacer las veces de "yo auxiliar" puesto que hay poca estructura yoica. Esto a manera de apoyo, orientación y aceptación para encaminarla a un mejor nivel de vida.

Así mismo, incluir un proceso terapéutico basado en una terapia de modificación de conducta, lo cual será favorable para aminorar conductas no deseadas y entrenar sus habilidades, esto la apoyará a manejarse mejor dentro de un grupo, en específico, dentro de la familia y en un momento dado fuera de ella.

Es importante también integrar a la familia a una terapia de origen sistémico que ayudará a manejar dudas y ansiedades respecto a la enfermedad de la paciente; esto redundará en el entrenamiento de las habilidades necesarias para convivir con la paciente e interactuar con ella logrando así su adaptación.

## INTERPRETACIÓN TEST H.T.P.

De acuerdo a la interpretación de la figura humana según Machover, se obtiene en los siguientes datos:

Se encuentra una marcada dependencia e inseguridad que se traduce en débil contacto con el exterior y regresión. Así mismo, personalidad esquizofrénica, paranoide, obsesionalista, llegando a una inautenticidad somática.

En el área sexual se deja ver un conflicto dentro de alguna conducta desviada.

Respecto a la interpretación del árbol hay dificultad para el aprendizaje, comprensión lenta, impedimentos mentales, por lo tanto, un retraso evolutivo.

## CAPITULO VI: INTERPRETACIÓN DE PRUEBAS

Se deja ver un trastorno psicótico, manifestado por dependencia, necesidad de ayuda externa, mundo no bien integrado y falta de confianza en éste, no lo siente consistente, rigidez emocional, gran vida de fantasía en su interior, agresividad hacia el mundo y falta de equilibrio que le impide afrontar situaciones difíciles.

Por último la interpretación de la casa refiere debilidad del ego, poca accesibilidad y sensibilidad defensiva, así como personas ambivalentes en su vida.

## INTERPRETACION TEST BENDER

Se deja ver un trastorno psicótico, manifestado por dependencia, necesidad de ayuda externa, mundo no bien integrado y falta de confianza en éste, no lo siente consistente, rigidez emocional, gran vida de fantasía en su interior, agresividad hacia el mundo y falta de equilibrio que le impide afrontar situaciones difíciles.

Dentro del área sexual hay un caso de exorcizar el impulso sexual pero tiene que prohibirlo, exageración de cambios sexuales y perturbaciones al respecto.

## **INTERPRETACIÓN TEST H.T.P.**

### **TEST DEL DIBUJO LIBRE**

De acuerdo a la interpretación de la figura humana según Machover, se obtienen los siguientes datos:

Se deja ver introversión, hipoversión creando ensimismamiento, ensordecimiento y ansiedad.

Se encuentra una marcada dependencia e inseguridad que se traduce en débil contacto con el exterior y regresión. Así mismo, personalidad esquizofrénica, paranoide, opositorista, llegando a una inadaptación social.

### **TEST DE FRASES INCOMPLETAS (ADULTO)**

En el área sexual se deja ver un conflicto dentro de alguna conducta desviada.

Respecto a la interpretación del árbol hay dificultad para el aprendizaje, comprensión lenta, impedimentos mentales, por lo tanto, un retardo evolutivo.

Sin embargo, se nota cierta dificultad en las áreas del pasado, relación con superiores, familia, capacidades relación con padre y madre.

Se encuentra ubicada en el pasado, dejando ver un estado de primitivismo. Hay refreno, inhibición, tentación, así como contradicción íntima que se traduce en ambivalencia, escisión, falta de conciencia y poca capacidad de objetivación; también se deja ver irascible, grosera, susceptible, vulnerable, mordaz, ruda, obstinada, violenta, colérica.

### **TEST DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA (T.A.T.)**

Por último la interpretación de la casa refiere debilidad del ego, poca accesibilidad y sensibilidad defensiva, así como personas ambivalentes en su vida.

Estada muy variablemente, desde capacidad, construcción, vocación, protección, adquisición social, poder, afiliación hasta inferioridad, ansiedad, rechazo, pasividad y curiosidad.

## **INTERPRETACION TEST BENDER.**

También se manifiesta tanto el ambiente que favorece el desenvolvimiento, así como

Se deja ver un trastorno psicótico, manifestado por dependencia, necesidad de ayuda externa, mundo no bien integrado y falta de confianza en éste, no lo siente consistente, rigidez emocional, gran vida de fantasía en su interior, agresividad hacia el mundo y falta de equilibrio que le impide afrontar situaciones difíciles.

Dentro del área sexual hay el deseo de exteriorizar el impulso sexual pero tiene que prohibirlo, exageración de cambios sexuales y perturbaciones al respecto.

Evidente organicidad.

### **TEST DEL DIBUJO LIBRE.**

Respecto a la escala F se deja ver falta de comprensión debido a la pobre capacidad de entendimiento, dificultades en la lectura o confusión psicótica.

Se deja ver irritación, introversión creando ensimismamiento, ensoñación y ansiedad.

La escala K manifiesta un concepto inadecuado de sí mismo, empobrecido y lleno de insatisfacciones con relación a sus habilidades, fuerza del ego débil y defensas inadecuadas.

### **TEST DE FRASES INCOMPLETAS (ADULTO).**

La continuación de las escalas T, EK muestran un perfil de desorden del carácter. Las áreas donde se ve más conflicto son:

Relación con amigos, relación con subordinados, temores, sentimientos de culpa y metas.

Sin embargo, se nota cierta dificultad en las áreas del pasado, relación con superiores, familia, capacidades relación con padre y madre.

Cabe señalar que se omitieron varias frases, en especial las que tienen que ver con el futuro, relaciones heterosexuales y con su mismo sexo y capacidades.

### **TEST DE APERCEPCION TEMATICA (T.A.T.).**

La escala 4 (Desviación Psicopática) deja ver a una persona rebelde, resentida.

Análisis de contenido: Dentro de las historias, la conducta de héroe es manifestada muy variablemente, desde capacidad, construcción, vocación, protección, adquisición social, poder, afiliación hasta inferioridad, ansiedad, rechazo, pasividad y curiosidad.

La escala 5 (Femenino) deja ver una persona de clase media con ciertos intereses. También se maneja tanto el ambiente que favorece el desenvolvimiento así como el que lo frena.

Debido a que la escala 6 es una de las más altas se especificará más adelante. Análisis Formal: La actitud de la paciente ante la prueba fue temerosa, manejando cierta hostilidad.

La escala 7 (Psicosteno) muestra a la paciente religiosa en extremo.

En cuanto al argumento, su longitud fue corta, de estructura vaga, en cuanto a la coherencia fue confuso, con tono optimista y de una productividad y expresión pobre así como un relato hosco.

## INTERPRETACION MMPI.

Respecto a la escala F se deja ver falta de comprensión debido a la pobre capacidad de entendimiento, dificultad en la lectura o confusión psicótica.

La escala K manifiesta un concepto inadecuado de sí mismo, empobrecido y lleno de insatisfacciones con relación a sus habilidades, fuerza del ego débil y defensas inadecuadas.

La combinación de las escalas LFK muestran un perfil de desorden del carácter así como paciente psicótico.

La escala 1 (Hipocondriasis) deja ver la expresión respecto al interés significativo acerca de su salud, así como quejas somáticas difusas y vagas.

La escala 2 (Depresión) manifiesta perspectivas de la vida dentro de un optimismo y pesimismo.

En la escala 3 (Histeria) no se presentan datos significativos.

La escala 4 (Desviación Psicopática) deja ver a una persona rebelde, resentida e inconforme, con tolerancia a la frustración limitada, insatisfecha e inadaptada a la sociedad, impulsiva con relaciones sociales interpersonales superficiales y con conflictos con el grupo social.

## INTERPRETACION WAIS.

La escala 5 (Femenino) deja ver una persona de clase media con ciertos intereses vocacionales.

Debido a que la escala 6 es una de las más altas, se especificará más adelante.

La escala 7 (Psicastenia) muestra a la paciente religiosa en extremo, preocupada, moralista, rígida, meticulosa, insatisfecha con su vida y especialmente con sus relaciones sociales, ansiedad moderada a severa, tensión en todas sus actividades lo cual le hace la vida difícil.

Debido a que la escala 8 es una de las más altas, se especificará más adelante.

La escala 9 (Manía) manifiesta una desadaptación hiperactiva con agitación marcada, irritabilidad y agresividad irracional ante la más mínima frustración, inquieta, impulsiva, establece relaciones interpersonales superficiales y rápidas; entusiasta temporal, de empresas y propósitos efímeros.

La escala 0 (Sociabilidad) muestra a la persona socialmente inadaptada, introvertida, sola y ansiosa en sus relaciones sociales. Se preocupa en forma intensa y presenta carencia de confianza en sí misma.

Debido a que las escalas 6 y 8 fueron las más altas a continuación se mencionan las características resultantes de este perfil:

Paciente esquizofrénica, con estados paranoides y periodos de apatía, irritabilidad y aislamiento social. Desorden del pensamiento, confusión y pensamientos extraños, creencias y actividades raras. También presenta memoria distorsionada, tímida, poca confianza en si misma ya que de niña no tuvo estimación adecuada. Dependiente de la madre, dificultades en el proceso de socialización heterosexual.

Se presenta una relación esquizofrénica tipo paranoide con ideas de grandeza e irrealismo en cuanto a la enfermedad, siente que no necesita ayuda sin embargo éste es un perfil caracterizado por necesidad de ayuda.

#### **INTERPRETACION WAIS.**

La paciente presenta un Cociente Intelectual de 49 clasificado en el DSM IV como retraso mental moderado.

## INTEGRACIÓN DE PRUEBAS

### AREA EMOCIONAL SOCIAL

La paciente se presenta muy dependiente con cierto grado de inhibición por lo cual muestra un débil contacto con el exterior llegando a una inadaptación social manifestada por agresividad hacia el mundo, irritación, con tolerancia a la frustración, limitada, impulsiva, irascible, grosera, susceptible, vulnerable, mordaz, ruda, obstinada, violenta, colérica, paranoide y obsesionalista, así como apática, irritable y aislada.

Se nota también regresión, gran vida de fantasía en su interior, falta de equilibrio que le impide afrontar situaciones difíciles, enajenamiento e introversión, estado de primitivismo y defensas inadecuadas.

## CAPITULO VII: INTEGRACIÓN DE PRUEBAS

Hay debilidad del ego, mostrándose insegura y empobrecida, lo cual la lleva a un concepto inadecuado de sí misma y lleno de insatisfacciones en cuanto a sus habilidades, refiere el mundo como inconsistente, falta de confianza en éste, no bien integrado, hay contradicción íntima que la lleva a la autovalencia, poca accesibilidad y sensibilidad defensiva.

Se encuentra ubicado en el pasado dejando ver un estado de primitivismo que aunado a lo mencionado anteriormente corroboran una personalidad esquizofrénica.

### AREA SEXUAL

Dentro de ésta área hay el deseo de exteriorizar el impulso sexual, pero tiene que prohibirlo debido a algún conflicto dentro de alguna conducta desviada y perturbación al respecto.

Sin embargo, vive los cambios sexuales de manera exagerada.

## AREA INTELECTUAL. INTEGRACIÓN DE PRUEBAS

### AREA EMOCIONAL SOCIAL.

La paciente se presenta muy dependiente con cierto freno e inhibición por lo cual muestra un débil contacto con el exterior llegando a una inadaptación social manifestada por agresividad hacia el mundo, irritación, con tolerancia a la frustración, limitada, impulsiva, irascible, grosera, susceptible, vulnerable, mordaz, ruda, obstinada, violenta, colérica, paranoide y opositora, así como apatía, irritable y aislada.

Se nota también regresión, gran vida de fantasía en su interior, falta de equilibrio que le impide afrontar situaciones difíciles, ensimismamiento e introversión, estado de primitivismo y defensas inadecuadas.

Hay debilidad del ego, mostrándose insegura y empobrecida, lo cual la lleva a un concepto inadecuado de sí misma y lleno de insatisfacciones en cuanto a sus habilidades, refiere al mundo como inconsistente, falta de confianza en éste, no bien integrado, hay contradicción íntima que la lleva a la ambivalencia, poca accesibilidad y sensibilidad defensiva.

Se encuentra ubicada en el pasado dejando ver un estado de primitivismo que aunado a lo mencionado anteriormente corroboran una personalidad esquizofrénica.

### AREA SEXUAL.

Dentro de ésta área hay el deseo de exteriorizar el impulso sexual, pero tiene que prohibirlo debido a algún conflicto dentro de alguna conducta desviada y perturbación al respecto.

Sin embargo, vive los cambios sexuales de manera exagerada.

## AREA INTELECTUAL.

En ésta área la paciente muestra dificultad para el aprendizaje, comprensión lenta, falta de conciencia y poca capacidad para tipos más elevados de procesos de idealización.

La relación con la paciente se torna un tanto reservada debido a la inhibición. También manifiesta incapacidad de pensamiento abstracto que aunado a lo anterior corroboran el retraso mental moderado.

A su mismo, deja ver inseguridad para realizar lo que se le indica y manifestar sentimientos o pensamientos a resguardo.

Debido a la inestabilidad emocional característica de la paciente, a veces cooperará de buen modo y en otras ocasiones realiza las pruebas de mal talante.

Cabe señalar que conforme iba avanzando el proceso y manifestando aceptación hacia la paciente, ella mostraba un poco más de confianza.

Esto muestra, de alguna manera, que el ambiente familiar influye en cómo se relacione la paciente con los demás, debido a que en dicho ambiente no se da la suficiente seguridad y confianza, aunado a esto, el padecimiento contribuye a su falta de iniciativa para mostrarse totalmente cordada.

## CONCLUSIONES DEL CASO.

El presente caso hace evidente las consecuencias que en un momento dado tiene un accidente así como el ambiente en que se desenvuelve un individuo y las condiciones que vive la familia durante la llegada de este nuevo integrante.

Es por ello que es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario que pueda satisfacer las necesidades del paciente y que en un momento dado éste pueda relacionarse positivamente tanto con su familia así como con el resto de su entorno.

## RESUMEN DEL CASO.

La paciente es canalizada al área de Psicología para valoración, esto por iniciativa del área de Medicina.

La relación con la paciente se torna un tanto reservada, debido a la inhibición que maneja la paciente en su contacto con los demás.

Así mismo, deja ver inseguridad para realizar lo que se le indica y manifestar sentimientos o pensamientos al respecto.

Debido a la inestabilidad emocional característica de la paciente, a veces coopera de buen modo y en otras ocasiones realiza las pruebas de mal talante.

Cabe señalar que conforme iba avanzando el proceso y manifestando aceptación hacia la paciente, ella mostraba un poco más de confianza.

Esto muestra, de alguna manera, que el ambiente familiar influye en cómo se relacione la paciente con los demás, debido a que en dicho ambiente no se da la suficiente seguridad y confianza, aunado a esto, el padecimiento contribuye a su falta de iniciativa para mostrarse totalmente confiada.

## CONCLUSIONES DEL CASO.

El presente caso hace evidente las consecuencias que en un momento dado tiene un accidente así como el ambiente en que se desenvuelve un individuo y las condiciones que vive la familia durante la llegada de este nuevo integrante.

Es por ello que es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario que pueda satisfacer las necesidades del paciente y que en un momento dado éste pueda relacionarse positivamente tanto con su familia así como con el resto de su entorno.

## BIBLIOGRAFÍA

OSKAR SZOKELLY, Béla  
"Yes Test"  
Editorial Kapelusz  
9ª Edición, 1946

(1) "Aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) a la Psicopatología".

Editorial El Manual Moderno, 1968,1979.

"WAIS Español. Escala de Inteligencia para Adultos"  
Editorial El Manual Moderno

(2) BENASSINI, Oscar Félix.

"Programa de Actualización Continua en Psiquiatría"

Editorial Intersistemas S.A. de C.V.

1ª. Edición, 1997.

(3) BENDER, Laretta. "El Test de Bender".

(4) CARLSON, Neil R.

"Los Desórdenes Orgánicos".

Editorial Prentice Hall

3ª. Edición, 1996.

(5) DE LA FUENTE, Ramón.

"Psicología Médica"

Editorial Fondo de Cultura Económica.

2ª. Edición, 1994.

(6) DSM IV "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales".

Editorial Masson, S. A.

4a. Edición, 1995.

(7) MACHOVER, Karen. "El Test de la Figura Humana".

(8) MURRAY, Henry A.

"Test de Apercepción Temática T. A. T."

Editorial Paidós, 1994.

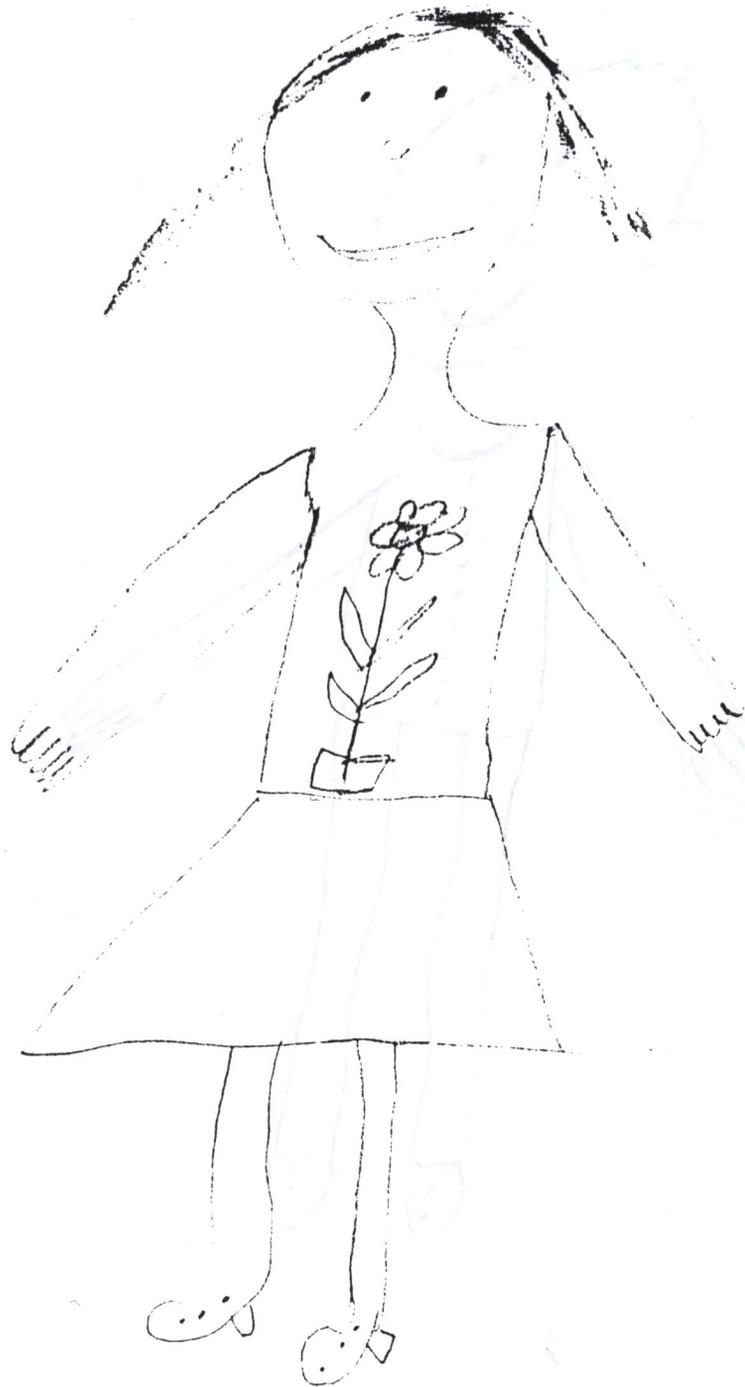
(9) PATIÑO, "Psiquiatría Clínica".

(10) SZCKELY, Béla.  
"Los Test"  
Editorial Kapelusz  
5ª. Edición, 1946.

(11) WECHSLER, David.  
"WAIS-Español. Escala de Inteligencia para Adultos"  
Editorial El Manual Moderno.

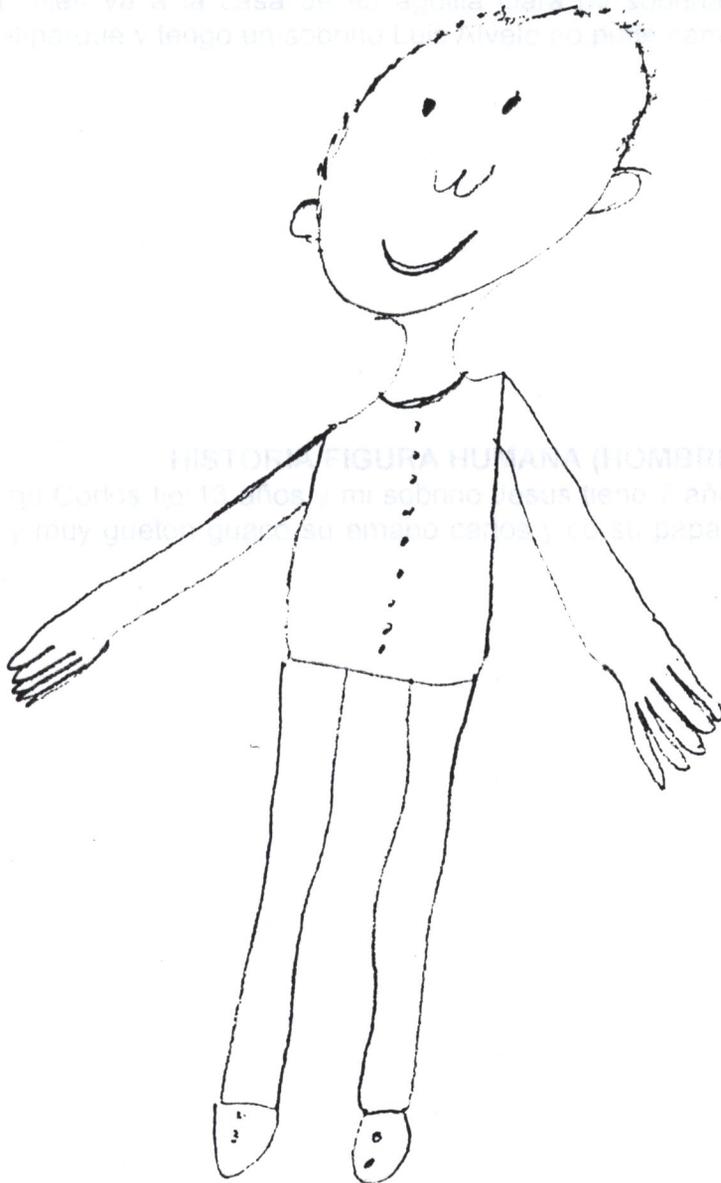
ANEXO





### HISTORIA FIGURA HUMANA (MUJER)

Vernica es una niña que va a la escuela y hace la tarea y termina y le pregunta a su mamá o a su papá y así le guisan y le ayuda a su abuelita el aseo en la casa de abuelita Vera y mi sobrina Sandra también estudia en su casa de papá y mamá Sandra también va a la casa de su abuelita para su sobrina Vernica y mi sobrina nianda a porque y tengo un sobrino Leo él vive en la ciudad y no puede hablar



### HISTORIA FIGURA HUMANA (HOMBRE)

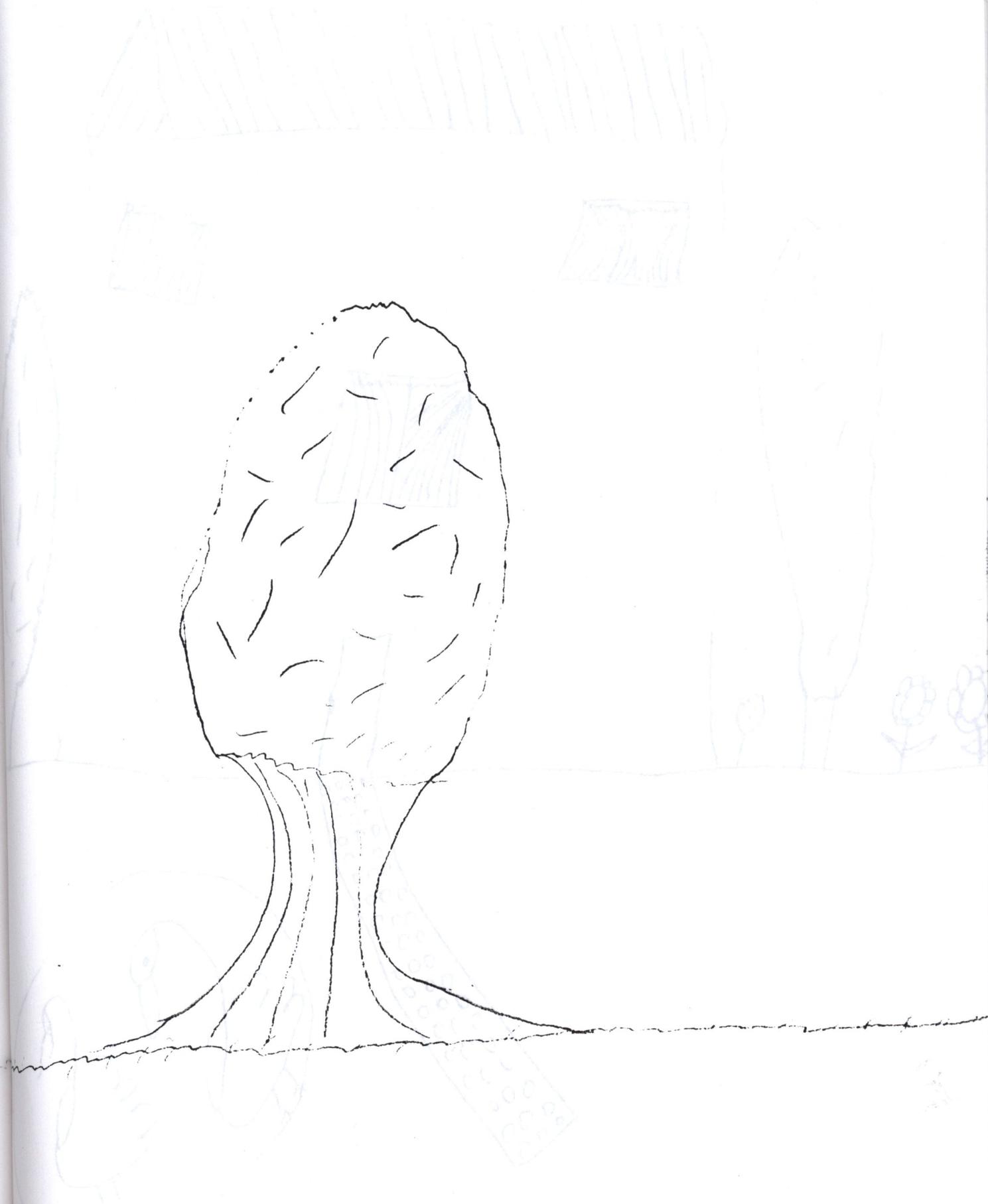
mi sobrino Carlos tiene 10 años, mi sobrino sus tiene 7 años es muy ratoso y muy travieso y muy guapo, tengo un amigo Carlos es su papá mi sobrino sojerman y Jero.

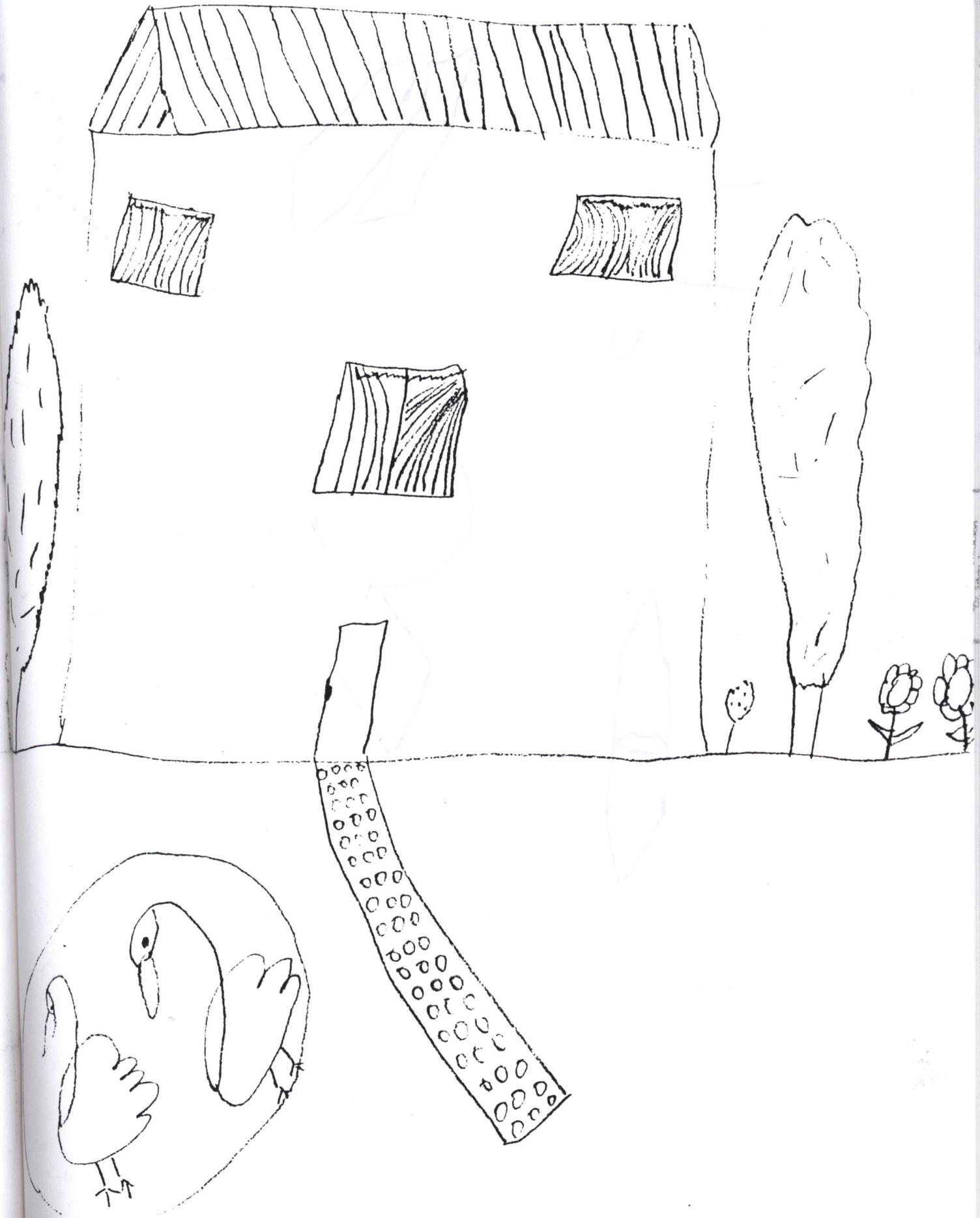
### **HISTORIA FIGURA HUMANA (MUJER)**

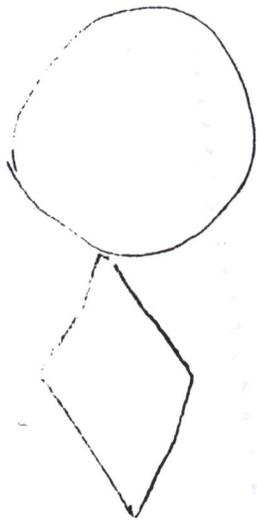
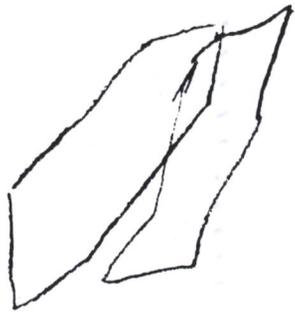
Verónica es una niña que va a la escuela y se la tarea y termina y le pregunta a su mamá o a su papá y se le ayuda a su aguelita el aseo en la casa de aguelita clara y mi sorina sanrda tamimen estudi en su casa de papás y mamá sandra tamien va a la casa de su agulita clara mi sobrina vernica y mi sobrina mamos al parque y tengo un sobrino Luis Alveto no pude camina y no pude hablar.

### **HISTORIA FIGURA HUMANA (HOMBRE)**

Mi sobrino Corlos tie 13 años y mi sobrino Jesús tiene 7 años es muy latoso y muy travieso y muy gueton guaco su emano carlos y co su papás mi sobrino sojerman y gerdo y.







TEST DE FRASES INCOMPLETAS  
PARA ADULTOS

- 1- Siempre fui mi padre para ver mis reacciones
- 2- Cuando me acuerda está en mi contra
- 3- Siempre me quedo que me compran
- 4- Siempre me acuerdo que no lo haría
- 5- Siempre me parece
- 6- Los que son mis superiores
- 7- Se me da una lotería pero tengo miedo en el cuarto de mi hermano
- 8- Siempre me un verdadero amigo no se habla
- 9- Siempre me me acuerdo en casa
- 10- Siempre me me acuerdo en casa
- 11- Siempre me me acuerdo en casa
- 12- Siempre me me acuerdo en casa
- 13- Siempre me me acuerdo en casa
- 14- Siempre me me acuerdo en casa
- 15- Siempre me me acuerdo en casa
- 16- Siempre me me acuerdo en casa
- 17- Siempre me me acuerdo en casa
- 18- Siempre me me acuerdo en casa
- 19- Siempre me me acuerdo en casa
- 20- Siempre me me acuerdo en casa
- 21- Siempre me me acuerdo en casa
- 22- Siempre me me acuerdo en casa
- 23- Siempre me me acuerdo en casa
- 24- Siempre me me acuerdo en casa
- 25- Siempre me me acuerdo en casa
- 26- Siempre me me acuerdo en casa
- 27- Siempre me me acuerdo en casa
- 28- Siempre me me acuerdo en casa
- 29- Siempre me me acuerdo en casa
- 30- Siempre me me acuerdo en casa
- 31- Siempre me me acuerdo en casa
- 32- Siempre me me acuerdo en casa
- 33- Siempre me me acuerdo en casa
- 34- Siempre me me acuerdo en casa
- 35- Siempre me me acuerdo en casa
- 36- Siempre me me acuerdo en casa
- 37- Siempre me me acuerdo en casa
- 38- Siempre me me acuerdo en casa
- 39- Siempre me me acuerdo en casa
- 40- Siempre me me acuerdo en casa
- 41- Siempre me me acuerdo en casa
- 42- Siempre me me acuerdo en casa
- 43- Siempre me me acuerdo en casa
- 44- Siempre me me acuerdo en casa
- 45- Siempre me me acuerdo en casa
- 46- Siempre me me acuerdo en casa
- 47- Siempre me me acuerdo en casa
- 48- Siempre me me acuerdo en casa
- 49- Siempre me me acuerdo en casa
- 50- Siempre me me acuerdo en casa

1984

TEST DE FRASES INCOMPLETAS  
PARA ADULTOS

- 1.- Siento que mi padre rara vez *me regaña.*
- 2.- Cuando la suerte está en mi contra *peinarme.*
- 3.- Siempre he querido que *me compren. sé vieira.*
- 4.- Si tuviera algún encargo *no lo haría.*
- 5.- El futuro me parece *me impulsan a prender la luz.*
- 6.- Las personas que son mis superiores *o amistades no me hablan.*
- 7.- Sé que es una tontería pero tengo miedo *en el cuarto de mi hermano.*
- 8.- Siento que un verdadero amigo *no me habla. eres.*
- 9.- Cuando era niña *me machucó un carro.*
- 10.- Mi idea de un hombre / mujer perfecto(a) *ser feliz.*
- 11.- Cuando veo a un hombre y una mujer juntos *se aman.*
- 12.- Comparada con la mayoría de las familias la mía *se odia.*
- 13.- En el trabajo me llevo bien *no he trabajado. en las cosas.*
- 14.- Mi madre *me acompaña a donde ella quiera.*
- 15.- Daría cualquier cosa por olvidar la vez que yo *me enfermaba.*
- 16.- Si mi padre solamente fuera *bueno.*
- 17.- Creo que tengo habilidad para
- 18.- Sería completamente feliz si *me sacara la lotería.*
- 19.- Si la gente trabajara bajo mis órdenes *en la casa.*
- 20.- Busco *un perrito.*
- 21.- En la escuela mis maestros *me dicen que haga la tarea.*
- 22.- La mayoría de mis amistades no saben que yo tengo miedo de *hacer algo.*
- 23.- No me gusta la gente que *me mire.*
- 24.- Antes cuando era más joven *me gustaba salir a pasear.*
- 25.- Pienso que la mayoría de las muchachas *se divierten.*
- 26.- Mi concepto del matrimonio es *que sean felices.*
- 27.- Mi familia me trata como *bien.*
- 28.- Las personas con quien trabajo o convivo son *bien.*
- 29.- Mi madre y yo *a veces platicamos.*
- 30.- Mi peor equivocación fue *me pongo nerviosa.*
- 31.- Deseo que mi padre *me dé fruta.*
- 32.- Mi mayor debilidad
- 33.- Mi ambición secreta en la vida *que mis sobrinas me saluden.*
- 34.- La gente que trabajó o trabajará bajo mis órdenes *se enojan.*
- 35.- Algún día yo *trabajaré.*
- 36.- Cuando veo venir a mi jefe *me da miedo.*
- 37.- Me gustaría perder el miedo a *ponerme nerviosa cuando papá me regaña.*
- 38.- La gente que más me gusta *es con la que platico.*
- 39.- Si fuera joven o niño(a) otra vez *me gustaría que me machucaran otra vez.*
- 40.- Creo que la mayoría de las mujeres *platican.*
- 41.- Si yo hubiera tenido relaciones sexuales *me gustaría.*
- 42.- La mayoría de las familias que conozco *hacen quehacer.*

- 43.- Me gustaría trabajar o estar con personas que *conozco.*
- 44.- Pienso que la mayoría de las madres *son buenas.*
- 45.- Cuando era pequeña me sentía culpable de *comprar dulces.*
- 46.- Pienso que mi padre *es o fue fotógrafo.*
- 47.- Cuando las circunstancias son adversas *me pongo nerviosa.*
- 48.- Al dar órdenes a otros *me siento bien.*
- 49.- Lo que más deseo en la vida es *peinarme.*
- 50.- Cuando sea más grande de edad *seré viejita.*
- 51.- La gente que yo creo mis superiores
- 52.- A veces mis temores me impulsan a *prender la luz.*
- 53.- Cuando no estoy presente mis amigos o amistades *no me hablan.*
- 54.- Mi experiencia infantil más recordada *es que me daban dinero.*
- 55.- Lo que menos me gusta de los hombres / mujeres
- 56.- Mi vida sexual *está en el campo con un caballo y mamá le ayuda a su esposo.*
- 57.- Cuando era niña mi familia *me pegaba.*
- 58.- La gente que trabaja conmigo generalmente
- 59.- Me gusta mi madre pero *su papá le corrió la casa y no quiere irse de su casa su*
- 60.- La peor cosa que he hecho en mi vida *romper las cosas.*

LAMINA 4

Su esposa no quiere que se valla de su casa y su esposo si quiere irse y de su casa y le pide que no se valla le gar de biasos.

LAMINA 5

La señora alta o caele la señora va de compas ropa y muebles y luego y abre la puerta.

LAMINA 5NM

La señora senoja con suesposo que no fumo porque se fema le qua y canse y su esposo no le ase caso y al señor si fuma poeque si le gusta el sigarro.

LAMINA 7NM

La seno ra le dise a su hija que no agare as hijo y la niña no le ase caso que se valla a la escuela porque somos pobres.

LAMINA 8NM

La señorita es triste poque se quiere comer poque tiene amba y no tiene dinero porque su mamá se murio y su madrastra le tratamal que travais y su patrenes son malos



### **LAMINA 9NM**

Su hermana le dice que se apure y que le dice que va a entregar la ropa a una señora que es muy rica y su hermanita que va a tratar de jugar con sus amigas.

### **LAMINA 10**

Su mamá le da la bendición que su hijo que va a estudiar guapas de colegio que su maestra y sus amigos y su hijo también se ponen a que va a arrear sus maletas.

### **LAMINA 11**

Ay mucho árboles y piedras montañas y animales y viboras serpientes ratas ranas.

### **LAMINA 12M**

Ay muerto y un casa despatos y ella sea susta con la mimia y va unas vacaciones con sus familias.

### **LAMINA 13N**

Un puente un niño caminado solo y va a la escuela o la casa con su mamá y su papá a comer y jugar con sus amigos.

### **LAMINA 13HM**

El señor yego de trabajo y su esposa esta enferma y el señor va a hablar al doctor y el señor no tiene dinero para pagar al doctor.

### **LAMINA 14**

El niño va a aprender la luz de su cuarto esta oscuro porque su mamá le dice que se va a dormir y a cerrar la ventana.

### **LAMINA 15**

El señor vigila el panteón el dueño va a ver los muertos como estan los muertos.

### **LAMINA 17NM**

La señora esta trabajando quargando semeto para ser su casa y un puente esta una muchacha viendo como trabajan.

NOMBRE Angelica Lopez Castillo EDAD 20 años FECHA DE EXAMEN 23 Abril 2001

DIRECCION Primera OCUPACION Nula

ESCALARIDAD Primera ESTADO CIVIL Soltera REFERENCIA CESA de DIE

**LAMINA 18NM**

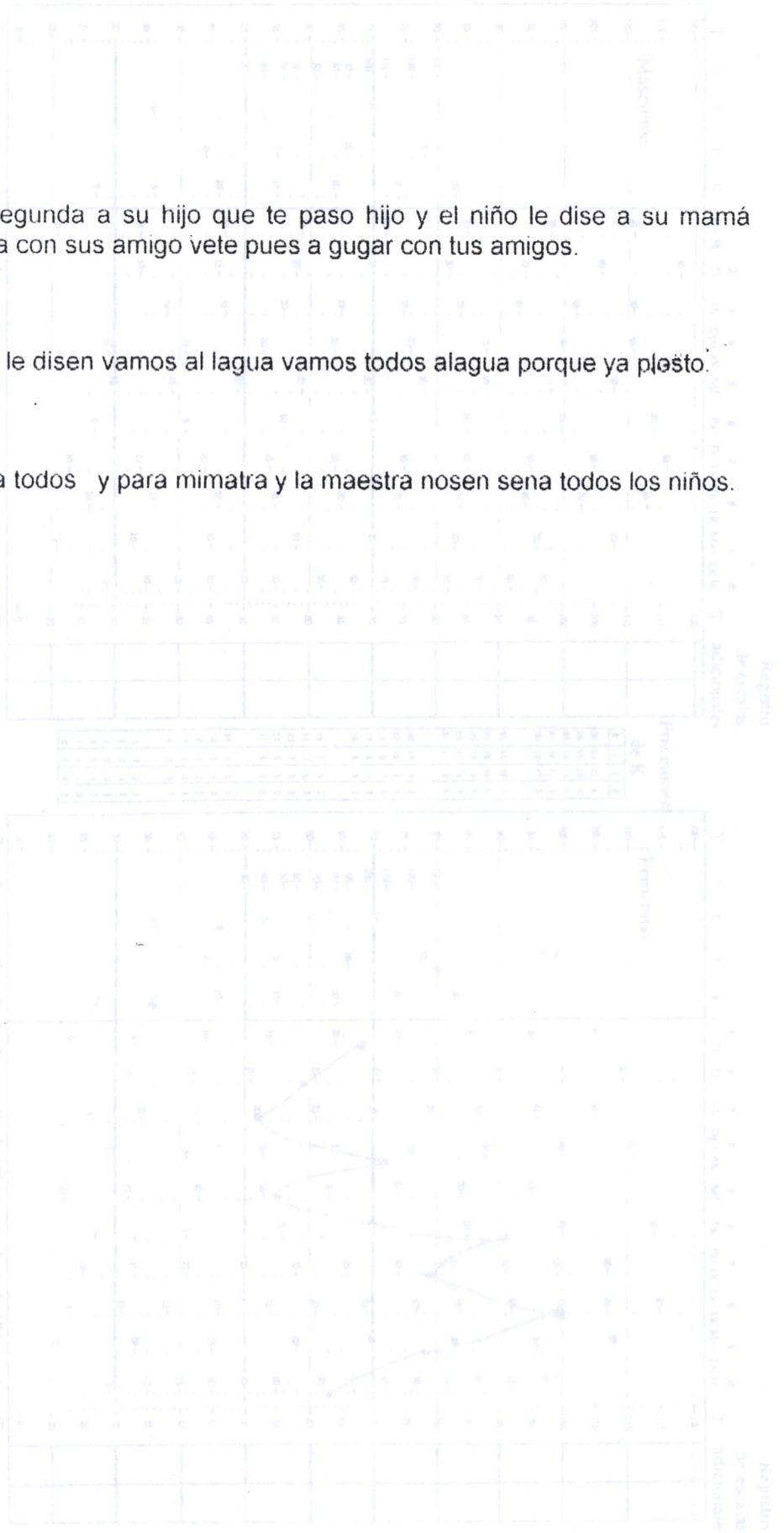
Una senora le pregunta a su hijo que te paso hijo y el niño le dice a su mamá estaba guando furfa con sus amigos vete pues a jugar con tus amigos.

**LAMINA 20**

Esploto el varco y le disen vamos al lagua vamos todos alagua porque ya plæsto.

**LAMINA 16**

Vamos a las cuela todos y para mimatra y la maestra nosen sena todos los niños.



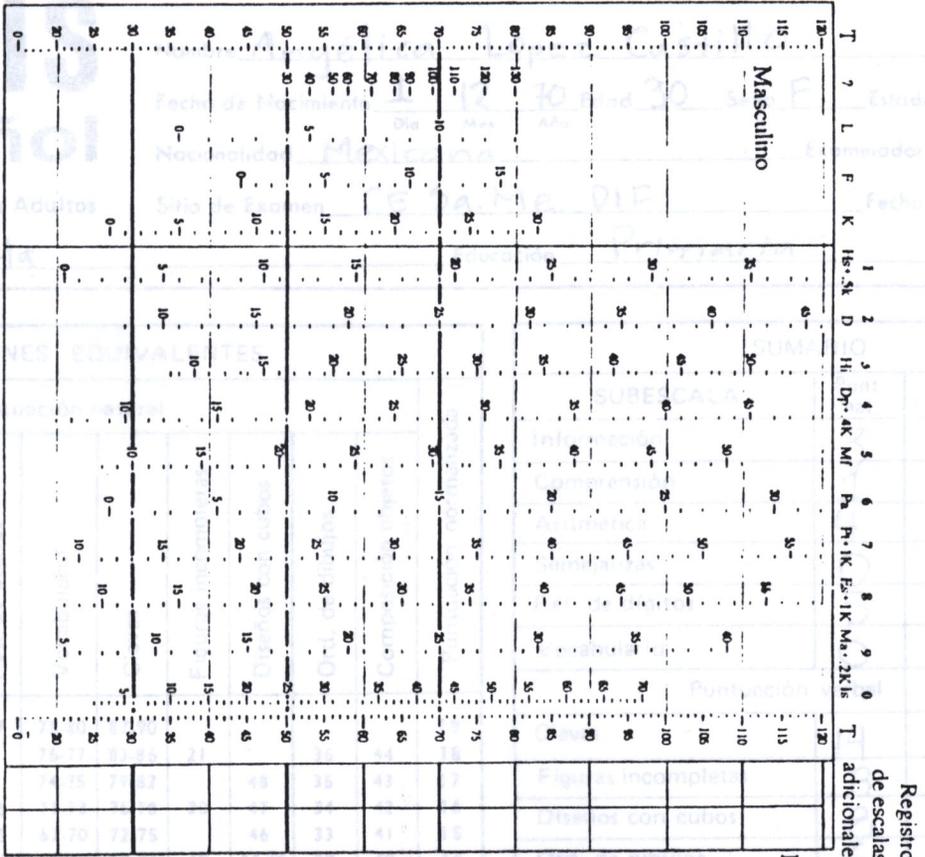
*Trinidad Salgado*

*[Signature]*

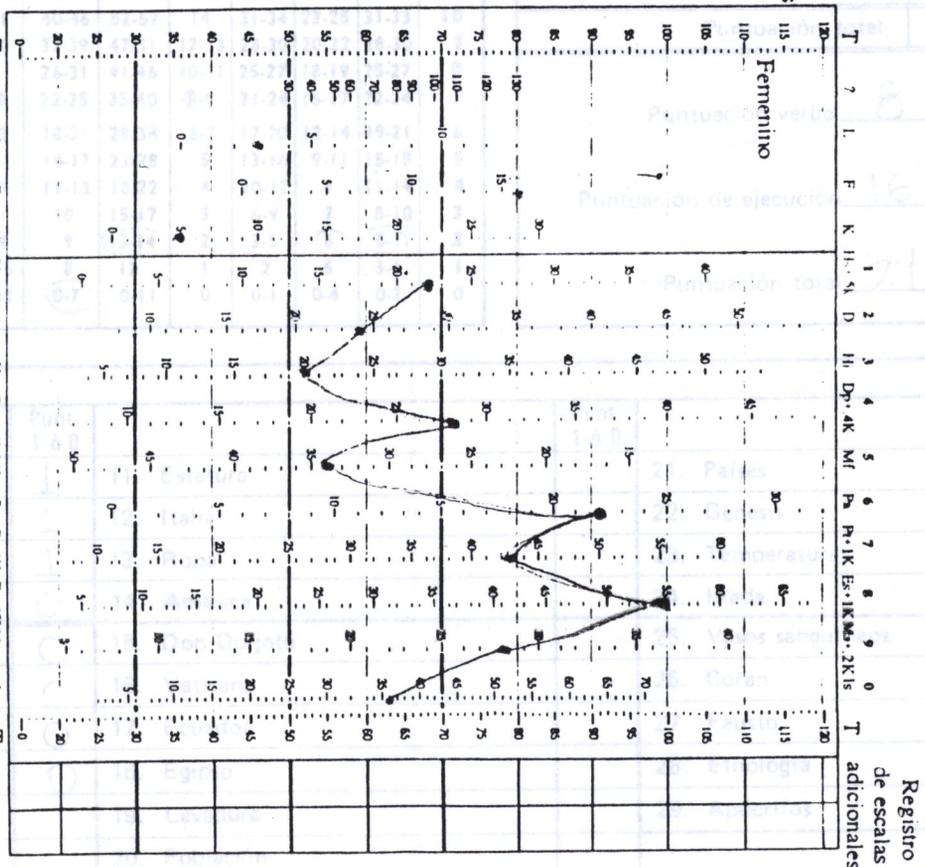
NOMBRE Angelica López Castillo EDAD 30 años SEXO Fem. FECHA DE EXAMEN 23 Abril 2001

DIRECCION \_\_\_\_\_ OCUPACION Nula

ESCOLARIDAD Primaria ESTADO CIVIL Soltera REFERENCIA CE Sa. Me. DIF



Item	7	L	F	K	Hs-Sk	D	H	Dp-4K	Mf	Pa	P-IK	Es-1K	Ma-2K	Is
1	10	5	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	10	5	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	10	5	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	10	5	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	10	5	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	10	5	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
7	10	5	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
8	10	5	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	10	5	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
10	10	5	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2



Puntuación bruta \_\_\_\_\_  
 Puntuación corregida \_\_\_\_\_

Puntuación bruta 83  
 Puntuación corregida 22

Examinador Irma Solchaga

Firma \_\_\_\_\_

# WAIS Español

**PROTOCOLO**

Nombre Angélica López Castillo  
 Fecha de Nacimiento 1 12 70 Edad 30 Sexo F Estado Civil Soltera  
Día Mes Año  
 Nacionalidad Mexicana Examinador Irma Solchaga  
 Escala de Inteligencia para Adultos Sitio de Examen CE Sa. Me. DIF Fecha 7-Mayo 200  
 Ocupación Nula Educación Primaria

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

SUMARIO		
SUBESCALA	Punt. nat.	Punt. norm.
Información	3	3
Comprensión	1	0
Aritmética	4	4
Semejanzas	0	0
Ret. de dígitos	5	1
Vocabulario	0	0
Puntuación verbal		8
Claves	14	2
Figuras incompletas	8	7
Diseños con cubos	8	3
Ord. de dibujos	6	2
Composición de objetos	5	2
Puntuación de ejecución		16
Puntuación total		24
Puntuación verbal <u>8</u> CI <u>48</u>		
Puntuación de ejecución <u>16</u> CI <u>56</u>		
Puntuación total <u>24</u> CI <u>49</u>		

A. INFORMACION	Punt. 1 ó 0		Punt. 1 ó 0		Punt. 1 ó 0
1. Bandera <u>V. B. R.</u>	1	11. Estatura		21. Países	
2. Pelota <u>redonda</u>	1	12. Italia		22. Génesis	
3. Meses <u>12.</u>	1	13. Ropa		23. Temperatura	
4. Termómetro <u>No</u>	0	14. América		24. Iliada	
5. Hule <u>No se</u>	0	15. Don Quijote		25. Vasos sanguíneos	
6. Presidentes <u>No</u>	0	16. Vaticano		26. Corán	
7. Dante <u>No</u>	0	17. Ecuador		27. Fausto	
8. Semanas <u>12</u>	0	18. Egipto		28. Etnología	
9. Alaska		19. Levadura		29. Apócrifos	
10. Brasil <u>Mosca - Arbol</u>		20. Población			3

OBSERVACIONES:

B. COMPRENSION		Punt. 2, 1 ó 0
1. Ropa	se ensucia	0
2. Locomotora		0
3. Sobre	buscar dirección	1
4. Malas compañías	No se	0
5. Cine	echar agua	0
6. Impuestos	No se	0
7. Mañana	no entiendo	0
8. Trabajo infantil		
9. Bosque		
10. Sorda		
11. Terreno en la Ciudad		
12. Matrimonio		
13. Nueces		
14. Golondrina		
		1

C. ARITMETICA				
	C	F	Tiem.	Punt. 2, 1 ó 0
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 <sup>1-10</sup> 2
12. 60"				0 1 <sup>1-10</sup> 2
13. 60"				0 1 <sup>1-15</sup> 2
14. 120"				0 1 <sup>1-20</sup> 2
				4

D. SEMEJANZAS		
1. Naranja-Plátano	Nada	0
2. Abrigo-Vestido	Nada	0
3. Hacha-Sierra	Nada	0
4. Perro-León	Nada	0
5. Norte-Oeste		
6. Ojo-Oído		
7. Aire-Agua		
8. Mesa-Silla		
9. Huevo-Semilla		
10. Poema-Estatua		
11. Madera-Alcohol		
12. Premio-Castigo		
13. Mosca-Arbol		
		0

E. Ret. de Dígitos	Punt.
Orden progresivo (OP)	Círculo
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
Orden inverso (OI)	Círculo
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
OP 3 + OI 2 = 5	
Máximo encirculado	

	Punt. 2, 1 ó 0	F. VOCABULARIO
1. Cama	0	No sé
2. Nave	0	No
3. Centavo	0	No
4. Invierno	0	Verano
5. Reparación	0	No
6. Desayuno		
7. Tela		
8. Rebanada		
9. Reunir		
10. Ocultar		
11. Enorme		
12. Apresurar		
13. Oración		
14. Arreglar		
15. Comenzar		
16. Ponderar		
17. Caverna		
18. Designar	0	
19. Doméstico		
20. Consumir		
21. Terminar		
22. Obstruir		
23. Remordimiento		

Información pedagógica está reservada a personas debidamente preparadas. Si desea participar en esta actividad, contacte a miembros de una organización nacional de psicología. Se otorgará el diploma de esta actividad únicamente para aquellos que el material completo con el distribuidor para el uso

EDITORIAL  
EL MANUAL MODERNO S.A. S.C.F.  
Av. Juan XXIII, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1200

Abastecedor de libros y materiales educativos  
De la calle De la Plata 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1200

	Punt. 1 ó 0	F. VOCABULARIO (Cont.)
24. Santuario		
25. Inigualable		
26. Renuente		
27. Calamidad		
28. Fortaleza		
29. Tranquilo		
30. Edificio		
31. Compasión		
32. Tangible		
33. Perímetro		
34. Audaz		
35. Ominoso		
36. Inyectiva		
37. Sobrecargar		
38. Plagiar		
39. Acribillar		
40. Parodia		
	○	

**IMPORTANTE**

El uso de este Protocolo, como el de cualquier otro instrumento psicométrico, está reservado a personas suficientemente preparadas; es decir, psicólogos graduados, pasantes o miembros de una organización nacional de psicólogos. Se obtendrá el derecho de usar este instrumento por la adquisición del material necesario con el distribuidor local o con

**EDITORIAL**  
**EL MANUAL MODERNO, S.A. de C.V.**  
 Av. Sonora 206 Col. Hipódromo 06100 - México, D.F.

Absténgase de hacer reproducciones\*

\* De acuerdo con la A.P.A. y con el CNEIP.

