La importancia del Diplomado en Psicodiagnóstico para una adecuada valoración

Autor: Luz de Lourdes Mena Flores

Tesina presentada para obtener el título de:

Licenciado en Psicología

Nombre del asesor:

Juan CarlosTovar Sosa

UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

" LA IMPORTANCIA DEL DIPLOMADO EN PSICODIAGNÓSTICO PARA UNA ADECUADA VALORACIÓN "

TESINA

Que Para Obtener el Título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta:

Luz de Lourdes Mena Flores

Asesor

Lic. Juan Carlos Tovar Sosa

UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

" LA IMPORTANCIA DEL DIPLOMADO EN PSICODIAGNÓSTICO PARA UNA ADECUADA VALORACIÓN "

TESINA

Que Para Obtener el Título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta:

Luz de Lourdes Mena Flores

Asesor:

Lic. Juan Carlos Tovar Sosa

CLAVE: 16PSU0004J

ACUERDO: RVOE 020 SEP

Morelia, Mich. 2000

AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar a Dios: por darme salud para poder llegar a la meta deseada, por permitirme compartir este logro con mi familia, esposo y amigos.

A mis tías Luz María, María Natividad y María del Carmen Cortes Reynoso +: a quienes dedico este trabajo, por cuidar de mi, quererme y ser parte importante en mi vida. (donde quiera que estén).

A mis padres: por la confianza que depositaron en mi, la paciencia y todo el apoyo que recibí de ustedes a lo largo de mi carrera. Gracias porque se que sin su apoyo no lo hubiera logrado.

A mis hermanos Sandra y Juan: por confiar en mi y estar conmigo en este momento.

A mi esposo Aldo (pelitos): por motivarme día con día a seguir adelante, por la paciencia durante la realización de este trabajo, por todo este tiempo juntos, por vivir conmigo este proceso y ser parte de el.

A Armando Aburto y Liliana Duarte: por ser parte importante en mi formación por ser esa lucesita cuando entre a la prepa y por su apoyo de siempre.

A Juan Carlos Tovar: porque gracias a ti estudie psicologia por resolverme esa duda existencial que tenia al salir de la prepa y por ser parte de este trabajo.

A Alis: por aclarar tantas dudas y ayudarme a crecer y entender tantas cosas.

A Matilde Sakruka: porque aprendí muchas cosas contigo, por ser el medio por el cual yo saliera bien preparada de este diplomado.

A mis amigos:

Sandra: Por influir en esta decisión, por tu amistad, por tu confianza y tu apoyo siempre.

Adriana: Por la confianza y amistad de toda la vida.

Gaby: por tu amistad a lo largo de la carrera y las porras durante este proceso.

Juan: Por tu apoyo siempre y tu amistad.

Al colegio Novel : por darme la oportunidad de realizarme profesionalmente, por confiar en mi y permitirme seguir creciendo como profesionista.

A todos mis maestros de la U.VA.Q.: por la transmisión de sus conocimientos.

INDICE

INTRODUCCIÓN

Como psicólogos tenemos un gran compromiso puesto que nuestra profesión exige la preparación y actualización para poder reflejar esto en la práctica. Ya que el paciente deposita en nosotros la confianza y es deber nuestro saber el tipo de necesidad de cada persona para poder ayudarlo a salir adelante.

Por ello la preparación que día con día tengamos y el dominio de la materia que alcancemos servirá como herramienta que estará al servicio del otro.

En respuesta a todo esto surge en mi la inquietud de cursar el diplomado de "Actualización en Psicodiagnóstico" a demás que se presentaba la oportunidad de obtener la titulación en la Licenciatura en Psicología .

En el presente trabajo muestro lo aprendido en el diplomado llevado a la practica en un caso. Tratando de explicar el como podemos llegar a un diagnostico más acertado.

Sabemos que el proceso de la adolescencia es dificil por los diferentes duelos que se manejan en este, pero, ¿que pasa cuando estos duelos se convierten en conflictos dificiles de superar para el adolescente?, ¿Podrá ser este el inicio de una patología?.

A continuación tratare de explicar las diferentes causas que favorecen a la creación de una patología y las condiciones ambientales que ayudan a esto.

El contenido del estudio se divide en seis capítulos, en el primero se plantean los antecedentes, importancia y planteamiento del problema de investigación. Así como lo que me propuse conocer y/o comprobar en este caso en específico.

En el capítulo dos y tres presento una descripción teórica que sustenta el diagnóstico obtenido, trata de abordar todos los aspectos que abarca la problemática de la adolescencia y como puede iniciarse una patología dentro de esta.

En el capítulo cuatro se presenta, el caso analizado y su historia clínica.

En el capítulo cinco se presenta la evaluación y resultado de las pruebas aplicadas.

En el capítulo seis presento mis conclusiones.

CAPITULO I

JUSTIFICACIÓN

La motivación para realizar este trabajo surge al cursar el diplomado en Actualización en Psicodiagnostico, sumado a esto lo importante que para nosotros los psicólogos es la elaboración de un buen diagnóstico.

Al ingresar a este se planteó la posibilidad de obtener el grado de Licenciado en Psicología, presentando un trabajo de investigación que incluyera el proceso realizado para la obtención del diagnóstico. Es decir aplicar lo aprendido en el diplomado, en la práctica y presentarlo bajo cierto orden que sirva como guía al realizar un psicodiagnostico.

Los recursos que nos van a llevar a la buena elaboración de un diagnóstico son la entrevista y la aplicación de pruebas, sin esto nos sería prácticamente imposible obtener una valoración detallada y completa del paciente y sin ello sería imposible dar un diagnóstico certero.

HIPÓTESIS.

- La perdida del padre en los primeros años de vida y el no manejar adecuadamente este duelo, de tal manera que se vive como abandono o rechazo del padre la ausencia de este favorece a la creación de un trastorno.

-La ausencia del padre favorece a la creación del trastorno disocial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el caso de un trastorno disocial, la persona presenta un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto.

El DSMIV ha establecido dos subtipos de trastorno disocial: de tipo de inicio infantil y tipo de inicio adolescente.

Los subtipos difieren en cuanto a la naturaleza característica de los problemas de comportamiento que presentan, curso evolutivo, pronostico y proporción de sexos.

Por otro lado M Klein se ha encargado de estudiar la adolescencia normal y patológica, por lo que es dificil diagnosticar durante el proceso de la adolescencia.

Una de las preguntas que surge en este momento es :

Todas las conductas anormales durante la adolescencia son signos de patología?.

Es decir, como delimitar aquello que es patológico de aquello que aunque perturbador parezca no lo es.

Otra pregunta sería: El trastorno disocial es ambiental?.

Es decir que tanto la dinámica familiar que vive el adolescente durante su proceso de adolescencia favorece a la creación de un trastorno.

OBJETIVO GNERAL: Encontrar factores que favorezcan el desarrollo de un trastorno disocial.

OBJETIVOS PARTICULARES:

-Demostrar la importancia de las pérdidas en la historia temprana como predisponentes a la creación del trastorno disocial.

-Descubrir que papel juega la madre de la adolescente en el proceso y desarrollo del trastorno disocial.

-Conocer las manifestaciones del trastorno disocial para poder detectarlas y canalizar a la persona a la terapia que le sea más útil.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Con el presente trabajo se pretende dar a conocer un caso más de Trastorno Borderlaine concretamente, Trastorno Disocial, concretizar que es un problema grave en este país. Es importante esto, ya que saber detectarlo pronto y actuar hábilmente nos puede ayudar a prevenir las diferentes conductas que presentan este tipo de pacientes y que muchas veces son en perjuicio de la sociedad.

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

Es importante hacer el diagnóstico diferencial con otros padecimientos para que no exista confusión.

METODOLOGÍA

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

La técnica que se utiliza son las entrevistas, para obtener la información de la historia clínica.

Se aplicaron, calificaron e interpretaron las siguientes pruebas psicométricas:

WISCK- R----------Inteligencia

TEST DE LA FIGURA HUMANA----------Proyectivo

TEST DE BENDER----------Proyectivo e índice de Organicidad.

TEST BAJO LA LLUVIA----------Proyectivo

MMPI----------Personalidad

T.A.T.----------Proyectivo.

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

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

SUJETO Y ESCENARIO.

Se realizó la valoración de una adolescente de 13 años de edad, de nivel socioeconómico medio-bajo, estudiante de secundaria, soltera. Sin historia previa de padecimientos psiquiátricos.

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

CAPITULO

II

LA ADOLESCENCIA NORMAL

Los factores intrínsecos relacionados con la personalidad del adolescente son los que determinan en realidad las distintas expresiones de la conducta que importan para el tratamiento de cualquier tipo pero fundamentalmente del psicodinámico y también para la comprensión de los problemas psiquiátricos y psicopatológicos en general de este periodo de la vida.

**Ana Freud* dice que es muy dificil señalar el limite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia, y considera en realidad a toda la conmoción de este periodo de la vida como normal, señalando además que seria anormal la presencia de un equilibrio estable durante el proceso adolescente.

El adolescente no solo debe enfrentar el mundo de los adultos para lo cual no esta del todo preparado, sino que además debe desprenderse de su mundo infantil en el cual y con el cual, en la evolución normal, vivía cómoda y placenteramente, en relación de dependencia, con necesidades básicas satisfechas y roles claramente establecidos.

**A. Aberasturi* dice que el adolescente realiza tres duelos fundamentales:

a) El duelo por el cuerpo infantil perdido, base biológica de la adolescencia que se impone al individuo que no pocas veces tiene que sentir sus cambios como algo externo frente a lo cual se encuentra como espectador impotente de lo que ocurre en su propio organismo.

b) El duelo por el rol y la identidad infantil, que lo obliga a una renuncia de la dependencia y una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce.

c) El duelo por los padres de la infancia a los que persistentemente trata de retener en su personalidad buscando el refugio y la protección que ellos significan, situación que se ve complicada por la propia actitud de los padres, que también tienen que aceptar su envejecimiento y el hecho de que sus hijos ya no son niños, y si son adultos o están en vías de serlo.

Se une a estos duelos el duelo por la bisexualidad infantil también perdida. Estos duelos, verdaderas pérdidas de personalidad, van acompañados por todo el complejo psicodinámico del duelo normal y en ocasiones, transitoria y fugazmente, adquieren las características del duelo patológico. La situación del adolescente frente a su realización evolutiva, basada en las relaciones interpersonales de su infancia, a la que deberá abandonar, lo lleva a la inestabilidad que lo define, constituyendo una especie de entidad nosológica cuyas características esenciales *A. Aberasturi* describe como "Síndrome de la adolescencia normal". El cual es producto de la propia situación evolutiva, surge, por supuesto, de la interacción del individuo con su medio. El mundo de los adultos, como los padres, no acepta las fluctuaciones imprevistas del adolescente sin conmoverse, ya que reedita en los adultos ansiedades básicas que habían logrado controlarse hasta cierto punto. En virtud de la crisis esencial de la adolescencia, esta edad es la más apta para sufrir los impactos de una realidad frustrante.

Creemos que las modificaciones del medio van a determinar la expresión de la normal anormalidad del adolescente , pero de ninguna manera podemos condicionar toda la realidad bio-psicológica de este proceso evolutivo a las circunstancias exteriores. La necesidad de elaborar los duelos básicos obligan al adolescente a recurrir normalmente a manejos psicopáticos de actuación, que identifican su conducta. Se produce un corto circuito del pensamiento en donde se observa la exclusión de lo conceptual lógico

mediante la expresión a través de la acción, aunque en forma fugaz y transitoria, lo que diferencia al adolescente normal del psicópata , que persiste con intensidad en el uso de este modo de conducta.

El adolescente presenta una especial vulnerabilidad para asimilar los impactos proyectivos de padres, hermanos, amigos y de toda la sociedad. Es decir es un receptáculo propicio para hacerse cargo de los conflictos de los demás y asumir los aspectos más enfermos del medio en el que actúa.

La severidad y la violencia con que a veces se pretende reprimir a los jóvenes sólo engendra un distanciamiento mayor y una agravación de los conflictos. Así vemos al adolescente, de uno y otro sexo, en conflicto, en lucha, en posición marginal frente a un mundo que coarta y reprime. Es este marginarse del joven lo que puede llevarlo a la psicopatía franca, a la actividad delictiva, o pueden también ser un mecanismo de defensa por el cual preserva los valores esenciales de la especie humana, la capacidad de adaptarse modificando el medio que trata de negar la satisfacción instintiva y la posibilidad de llegar a una adultez positiva y creadora.

Tanto las modificaciones corporales incontrolables como los imperativos del mundo externo que exigen del adolescente nuevas pautas de convivencia, son vividos al principio como una invasión . Esto lo lleva a retener, como defensa, muchos de sus logros infantiles, aunque también coexiste el placer y afán de alcanzar un nuevo status. También lo conduce a un refugio en su mundo interno para poder reconectarse con su pasado y desde allí enfrentar el futuro.

La perdida que debe aceptar el adolescente al hacer el duelo por el cuerpo es doble: la de su cuerpo de niño cuando los caracteres sexuales secundarios lo ponen ante la evidencia de su nuevo status y la aparición de la menstruación en la niña y el semen en el varón, que les

imponen el testimonio de la definición sexual y el rol que tendrán que asumir, no solo en la unión con la pareja sino en la procreación.

Las fluctuaciones de identidad se experimentan también en los cambios bruscos, en las notables variaciones producidas en pocas horas por el uso de diferentes vestimentas, más llamativas en la niña adolescente, pero igualmente notables en el varón, especialmente en el mundo actual. Los padres tienen dificultades para aceptar el crecimiento a consecuencia del sentimiento de rechazo que experimentan frente a la genitalidad y a la libre expresión de la personalidad que surge de ella. Esta incomprensión y rechazo se encuentran muchas veces enmascarados bajo la otorgación de una excesiva libertad que el adolescente vive como abandono y que en realidad lo es.

También los padres tienen que desprenderse del hijo niño y evolucionar hacia una relación con el hijo adulto, lo que impone muchas renuncias de su parte. El desprecio que el adolescente muestra frente al adulto es, en parte, una defensa para eludir la depresión que le impone el desprendimiento de sus partes infantiles, pero es también un juicio de valor que debe respetarse. Además, la desidealización de las figura parentales lo sume en el más profundo desamparo. Sin embargo este dolor es poco percibido por los padres que suelen encerrarse en una actitud de resentimiento y refuerzo de la autoridad, actitud que hace aun más difícil este proceso.

Además, debemos aceptar que la pérdida del vínculo del padre con el hijo infantil, de la identidad del adulto frente a la identidad del niño lo enfrentan a una lucha similar a las luchas creadas por las diferencias de clases; como en ellas, los factores económicos juegan un rol importante; los padres suelen usar la dependencia económica como poder sobre el hijo, lo que crea un abismo y un resentimiento social entre las dos generaciones.

El adulto se aferra a un mundo de valores que con triste frecuencia es el producto de un fracaso interno y de un refugio en logros típicos de nuestra sociedad alineada. El adolescente defiende sus valores y desprecia los que quiere imponerle el adulto, más aún, los siente como una trampa de la que necesita escapar.

Pero aquí también debemos plantearnos el interrogante: ¿es así por una necesidad del adolescente o también es una resultante de un mundo que le prohíbe la acción y lo obliga a refugiarse en la fantasía y en la intelectualización?.

La inserción en el mundo social del adulto con sus modificaciones internas y su plan de reformas es lo que va definiendo su personalidad y su ideología. Su nuevo plan de vida le exige plantearse el problema de los valores éticos, intelectuales y afectivos; implica el nacimiento de nuevos ideales y la adquisición de la capacidad de lucha para conseguirlos.

Sintetizando las características de la adolescencia, podemos describir la siguiente "sintomatología" que integraría este síndrome:

1) BÚSQUEDA DE SI MISMO Y DE LA IDENTIDAD:

El período infantil y el de la adolescencia no deben ser vistos, solo como una preparación para la madurez, sino que es necesario enfocarlos con un criterio del momento actual del desarrollo y de lo que significa el ser humano en estas etapas de la vida. Es lógico aceptar que el sino de la adolescencia es entrar al mundo del adulto, pero tenemos que reconocer que la identidad es una característica de cada momento evolutivo.

El niño entra en la adolescencia con dificultades, conflictos e incertidumbres que se magnifican en este momento vital, para salir luego a la madurez estabilizada con determinado carácter y personalidad adultos. Se logra lo que * ***Erikson*** ha definido como una entidad yoica, una entidad personal, y lo que* ***Nixon*** ha denominado la autocognición

es un fenómeno esencialmente biológico y se relaciona con el concepto de "si mismo" (self) o sea, el símbolo que cada uno posee de su propio organismo .La idea del si mismo o del "self" implica algo mucho más amplio en todas las etapas del desarrollo. Es el conocimiento de la individualidad biológica y social, del ser psicofisico en su mundo circundante que tiene características especiales en cada edad evolutiva. La consecuencia final de la adolescencia sería un conocimiento del si mismo como entidad biológica en el mundo, el todo biopsicosocial de cada ser en ese momento de la vida. Al concepto del "self" como entidad psicológica se une el conocimiento del substrato fisico y biológico de la personalidad.

El cuerpo y el esquema corporal son dos variables íntimamente interrelacionadas que no deben desconocerse en la ecuación del proceso de definición del sí mismo y de la identidad.

Puede aceptarse que en la pubertad ocurran cambios físicos en tres niveles fundamentales que son: Un primer nivel donde la actividad de las hormonas gonadotróficas de la hipófisis anterior produce el estímulo fisiológico necesario para la modificación sexual que ocurre en este período de la vida. En el segundo nivel tenemos las consecuencias inmediatas de la secreción de la gonadotrofina y hipofisiaria y de la prosecución de la secreción de la hormona de crecimiento de la misma hipófisis: la producción de óvulos y espermatozoides maduros y también el aumento de la secreción de hormonas adrenocorticales como resultado de la estimulación de la hormona adrenocorticotrófica. En el tercer nivel se encuentra el desarrollo de las características sexuales primarias (con el agrandamiento del pene, los testículos, o el útero y la vagina) y el desarrollo de las características sexuales secundarias (con la maduración de los pechos, la modificación de la cintura escapularia y pelviana, el crecimiento del vello pubiano, los cambios de voz), a los

que debemos agregar las modificaciones fisiológicas del crecimiento en general y de los cambios de tamaño, peso y proporción del cuerpo que se dan en este período vital.

Aquí son de fundamental importancia los procesos de duelo con respecto al cuerpo infantil perdido, que obligan a una modificación del esquema corporal y del conocimiento físico de si mismo en una forma muy característica para este periodo.

El logro de un "Autoconcepto" es lo que también Sherif y Sherif llaman el Yo, desde un punto de vista psicológico no-psicoanalítico señalando que este autoconcepto se va desarrollando a medida que el sujeto va cambiando y se va integrando con las concepciones que acerca de él mismo tienen muchas personas, grupos e instituciones y va asimilando todos los valores que constituyen el ambiente social.

Todo lo dicho es lo que puede llevar al adolescente a adoptar distintas identidades. Las identidades transitorias son las adoptadas durante un cierto período, como por ejemplo el lapso de machismo en el varón o de la precoz seducción histeroide en la niña. Las identidades ocasionales son las que se dan frente a situaciones nuevas, como por ejemplo en el primer encuentro con una pareja, el primer baile, etcétera, y las identidades circunstanciales son las que conducen a identificaciones parciales transitorias que suelen confundir al adulto, sorprendido a veces ante los cambios de la conducta de un mismo adolescente que recurre a este tipo de identidad como por ejemplo, cuando el padre ve a su hijo adolescente de acuerdo a como lo ven en el colegio, en el club, etcétera, y no como él habitualmente lo ve en su hogar, y en su relación con él mismo.

Este tipo de "identidades", son adoptadas sucesiva o simultáneamente por los adolescentes, según, las circunstancias. Son aspectos de la identidad adolescente que estoy describiendo, y que surgen como una de sus características fundamentales, relacionadas con el proceso de

separación – que ulteriormente podrá ser definitiva-, de las figuras parentales, con aceptación de una identidad independiente.

La presencia externa, concreta de los padres empieza a hacerse innecesaria. Ahora la separación de éstos no sólo es posible sino ya necesaria. Las figuras parentales están internalizadas, incorporadas a la personalidad del sujeto, y éste puede iniciar su proceso de individuación.

2) LA TENDENCIA GRUPAL.

En su búsqueda de la identidad adolescente, el individuo, en esa etapa de la vida recurre como comportamiento defensivo a la búsqueda de uniformidad, que puede brindar seguridad y estima personal. Allí surge el espíritu de grupo al que tan afecto se muestra el adolescente. Hay un proceso de sobreidentificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno. A veces el proceso es tan intenso que la separación del grupo parece casi imposible y el individuo pertenece más al grupo de coetáneos que al grupo familiar. No puede apartarse de la "barra" ni de sus caprichos o modas. Por eso se inclina a los dictados del grupo, en cuanto a modas, vestimenta, costumbres, preferencias de distinto tipo etcétera.

En otro nivel, las actuaciones del grupo y de sus integrantes representan la oposición a las figuras parentales y una manera activa de determinar una identidad distinta de la del medio familiar. En el grupo el individuo adolescente encuentra un reforzamiento muy necesario para los aspectos cambiantes del yo que se producen en este período de la vida.

De esta manera, el fenómeno grupal adquiere una importancia trascendental ya que se transfiere al grupo parte de la dependencia que anteriormente se mantenía con la estructura

familiar y con los padres en especial. El grupo constituye así la transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación adulta.

El grupo resulta útil para las disociaciones, proyecciones e identificaciones que siguen ocurriendo en el individuo, pero con características que difieren de las infantiles. Después de pasar por la experiencia grupal, el individuo podrá empezar a separarse de la "barra" y asumir su identidad adulta. La utilización de los mecanismos esquizoparanoides es muy intensa durante la adolescencia, y el fenómeno grupal favorece la instrumentación de los mismos. Cuando durante este período de la vida el individuo sufre un fracaso de personificación, producto de la necesidad de dejar rápidamente los atributos infantiles y asumir una cantidad de obligaciones y responsabilidades para las cuales aún no está preparado, recurre al grupo como un refuerzo para su identidad.

3) NECESIDAD DE INTELECTUALIZAR Y FANTASEAR.

La necesidad de intelectualizar y fantasear se da como una de las formas típicas del pensamiento del adolescente. La necesidad que la realidad impone de renunciar al cuerpo, al rol y a los padres de la infancia, así como a la bisexualidad que acompañaba a la identidad infantil, enfrenta al adolescente con una vivencia de fracaso o de impotencia frente a la realidad externa. Esto obliga también al adolescente a recurrir al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no pueden evitar.

El fantasear y el intelectualizar, sirven como mecanismos defensivos frente a estas situaciones de perdida tan dolorosas.

La función de la intelectualización consistiría en ligar los fenómenos instintivos con contenidos ideativos y hacerlos así accesibles a la conciencia y fáciles de controlar.

Solo teniendo una relación adecuada con objetos internos buenos y también con experiencias externas no demasiado negativas, se puede llegar a cristalizar una personalidad satisfactoria.

Tal huida en el mundo interior permite, una especie de reajuste emocional, un autismo positivo, en el que se da un "incremento de la intelectualización" que lleva a la preocupación por principios éticos, filosóficos, sociales, que no pocas veces implican un formularse un plan de vida muy distinto al que se tenía hasta ese momento y que también permite la teorización acerca de grandes reformas que pueden ocurrir en el mundo exterior. Este mundo exterior se va diferenciando cada vez más del mundo interno y por lo tanto sirve también para defenderse de los cambios incontrolables de este último y del propio cuerpo.

4) LAS CRISIS RELIGIOSAS.

Las tan frecuentes crisis religiosas no son un mero reflejo caprichoso de lo místico, como a veces suele aparecer a los ojos de los adultos, sino intentos de solución de la angustia que vive el yo en su búsqueda de identificaciones positivas y del enfrentamiento con el fenómeno de la muerte definitiva de parte de su yo corporal. Además comienza a enfrentar la separación definitiva de los padres y también la aceptación de la posible muerte de los mismos.

Esto nos explica cómo el adolescente puede llegar a tener tanta necesidad de hacer identificaciones proyectivas con imágenes muy idealizadas, que le aseguren la continuidad de la existencia de si mismo y de sus padres infantiles. La figura de una divinidad de cualquier tipo de religión, puede representar para él una salida mágica de este tipo. Si las situaciones de frustración son muy intensas y las vivencias de perdida sumamente penosas,

por carencia de buenas relaciones en virtud de las características de las imágenes parentales perseguidoras internalizadas, el refugiarse en una actitud nihilista, como una aparente culminación de un proceso de ateísmo reivindicatorio, puede también ser una actitud compensadora y defensiva.

5) LA DESUBICACIÓN TEMPORAL.

Es posible decir que el adolescente vive con cierta desubicación temporal; convierte el tiempo en presente y activo como un intento de manejarlo. En cuanto a su expresión de conducta el adolescente parecería vivir en proceso primario con respecto a lo temporal. Las urgencias son enormes y a veces las postergaciones son aparentemente irracionales.

A las dificultades del adolescente para diferenciar externo-interno, adulto-infantil, etc.,se debe agregar la dificultad para distinguir presente-pasado-futuro. Se puede unir "el pasado y el futuro en un devorador presente", presente que tiene características no discriminadas y que por lo tanto implicaría una temporalidad diferente, que si se aplica a ésta el concepto de ***Rascovsky*** podríamos hablar de una temporalidad maníaca, vinculada con el núcleo aglutinado de la personalidad o núcleo psicótico.

De esta manera considero que la percepción y la discriminación de lo temporal sería una de las tareas más importantes de la adolescencia, vinculada con la elaboración de los duelos típicos de esa edad. Esto es lo que Arminda Aberasturi considera salir de la modalidad de relación narcisista del adolescente y de la ambigüedad que caracterizan su conducta. Cuando éste puede reconocer un pasado y formular proyectos de futuro, con capacidad de espera y elaboración en el presente, supera gran parte de su problemática de la adolescencia.

6) LA EVOLUCIÓN SEXUAL DESDE EL AUTOEROTISMO HASTA LA HETEROSEXUALIDAD.

En la evolución del autoerotismo a la heterosexualidad que se observa en el adolescente, se puede describir un oscilar permanente entre la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital, que tiene características especiales en esta fase del desarrollo, donde hay más un contacto genital de tipo exploratorio y preparatorio, que la verdadera genitalidad procreativa, que sólo se da, con la correspondiente capacidad de asumir el rol parental, recién en la adultez.

Al ir aceptando su genitalidad, el adolescente inicia la búsqueda de la pareja en forma tímida pero intensa. Es el período en que comienzan los contactos superficiales, las caricias- cada vez más profundas y más íntimas- que llenan la vida sexual del adolescente.

El enamoramiento apasionado es también un fenómeno que adquiere características singulares en la adolescencia y que presenta todo el aspecto de los vínculos intensos pero frágiles de la relación interpersonal adolescente. El primer episodio de enamoramiento ocurre en la adolescencia temprana y suele ser de gran intensidad. Aparece ahí el llamado "amor a primera vista", que no sólo puede no ser correspondido, sino que incluso puede ser totalmente ignorado por la parte amada de pareja, como ocurre cuando ese ser amado es una figura idealizada, un actor de cine, una estrella del deporte, etcétera, que tiene en realidad las características de un claro sustituto parental al que el adolescente se vincula con fantasías edípicas.

Es importante destacar que esta fase genital previa y su elaboración queda incluida entre las fases pre-genitales, y se va a repetir después en el período fálico clásico, a los 4 ó 5 años. También aquí, y siguiendo el criterio clásico freudiano de las series complementarias, es

necesario reconocer que la conducta de los padres frente a la fase genital previa, y a toda la genitalidad infantil, influirá en forma determinante en la evolución genital del sujeto.

Es importante enfatizar que, la falta de la figura paterna hace que tanto el varón como la mujer queden fijados a la madre. El varón, al no tener una figura masculina con quien identificarse por ausencia de la figura paterna, tratará de buscar esa figura toda su vida. La niña queda fijada a la relación oral con la madre y en el contacto piel a piel, reprimiendo y negando las posibilidades de una relación con un pene, por inexistencia del mismo en sus tempranas relaciones objetales.

7) ACTITUD SOCIAL REIVINDICADORA.

El fenómeno de la subcultura adolescente se expande y se contagia como un signo de "rebelión". En realidad, se trata de identificaciones cruzadas y masivas, que ocurren como una necesidad de defensa yoica en este período de la vida, mediante la cual el sujeto va desprendiéndose de situaciones infantiles y viendo al mismo tiempo como peligrosa e indefinida su entrada al mundo de los adultos.

La actitud social reivindicatoria del adolescente se hace prácticamente imprescindible.

La sociedad, aun manejada de diferente manera y con distintos criterios socioeconómicos, impone restricciones a la vida del adolescente. El adolescente, con su pujanza, con su actividad, con la fuerza reestructuradora de su personalidad, trata de modificar la sociedad, que por otra parte, está viviendo constantemente modificaciones intensas. Es posible decir que se crea un malestar de tipo paranoide en el mundo adulto que se siente amenazado por los jóvenes que van a ocupar ese lugar y que, por lo tanto son reactivamente desplazados. El adulto proyecta en el joven su propia incapacidad por controlar lo que está ocurriendo sociopolíticamente a su alrededor y trata entonces de desubicar al adolescente. Vemos que

muchas veces las oportunidades para los adolescentes capaces están muy restringidas y en no pocas oportunidades el adolescente tiene que adaptarse, sometiéndose a las necesidades que el mundo adulto le impone.

8) CONTRADICCIONES SUCESIVAS EN TODAS LAS MANIFESTACIONES DE LA CONDUCTA.

La conducta del adolescente está dominada por la acción, que constituye la forma de expresión más típica en estos momentos de la vida, en que hasta el pensamiento necesita hacerse acción para poder ser controlado.

El adolescente no puede mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta, aunque muchas veces la intenta y la busca.

**Spiegel* ha hablado de la personalidad del adolescente describiéndola como "esponjosa". Por supuesto es una personalidad permeable, que recibe todo y que también proyecta enormemente, es decir, es una personalidad en la que los procesos de proyección he introyección son intensos, variables y frecuentes.

Esto hace que no pueda haber una línea de conducta determinada, que ya indicaría una alteración de la personalidad del adolescente. Por eso es que hablamos de una "normal anormalidad", de una inestabilidad permanente del adolescente. Sólo el adolescente mentalmente enfermo podrá mostrar rigidez en la conducta. El psicópata, por ejemplo, muestra todas las características descritas como fugaces y transitorias en el adolescente, pero de una manera rígida, cristalizada, estable e inflexible. El neurótico obsesivo, el autista, el adolescente con difusión de personalidad, nos mostrarán características estabilizadas de conducta en un nivel patológico.

En el adolescente, un indicio de normalidad se observa en la habilidad de su organización defensiva.

Es el mundo adulto el que no tolera los cambios de conducta del adolescente, el que no acepta que el adolescente pueda tener identidades ocasionales, transitorias, circunstanciales como se ha descrito anteriormente, y exige de él una identidad adulta, que por supuesto no tiene por qué tener.

Estas contradicciones, con la variada utilización de defensas, facilitan la elaboración de los duelos típicos de este período de la vida y caracterizan la identidad adolescente.

9) SEPARACIÓN PROGRESIVA DE LOS PADRES

La aparición de la capacidad efectora de la genitalidad impone la separación de los padres y reactiva los aspectos genitales que se habían iniciado con la fase genital previa. La intensidad y calidad de la angustia con que se maneja la relación con los padres y su separación de éstos, estará determinada por la forma en que se ha realizado y elaborado la fase genital previa de cada individuo, a la que se sumarán, por supuesto, las experiencias infantiles anteriores y ulteriores y la actual de la propia adolescencia.

No son ajenos los padres a las ansiedades que despiertan la genitalidad y el desprendimiento real, y a los celos que esto implica en los hijos y en ellos mismos. La evolución de la sexualidad depende en gran parte de cómo los mismos padres aceptan los conflictos y el desprendimiento que los hijos de una manera u otra pueden expresar.

Muchas veces los padres niegan el crecimiento de sus hijos y los hijos viven a los padres con las características persecutorias más acentuadas.

Esto ocurre especialmente si la fase genital previa se ha desarrollado con dificultades y las figuras de los padres combinados, la escena primaria , ha tenido y tiene caracteres de indiferenciación y de persecución. Si la figura de los padres aparece con roles bien definidos, en una unión amorosa y creativa, la escena primaria disminuye sus aspectos

persecutorios y se convierte en el modelo del vínculo genital que el adolescente buscará realmente.

10) CONSTANTES FLUCTUACIONES DEL HUMOR Y DEL ESTADO DE ÁNIMO.

Un sentimiento básico de ansiedad y depresión acompañarán permanentemente la adolescencia. La cantidad y la calidad de la elaboración de los duelos de la adolescencia determinarán la mayor o menor intensidad de esta expresión y de estos sentimientos.

En el proceso de fluctuaciones dolorosas permanentes, la realidad no siempre satisface las aspiraciones del individuo, es decir, sus necesidades instintivas básicas, o su modalidad específica de relación objetal en su propio campo dinámico. El yo realiza intentos de conexión placentera-a veces displacentera-, nirvánica con el mundo, que no siempre se logra, y la sensación de fracaso frente a esta búsqueda de satisfacciones puede ser muy intensa y obligar al individuo a refugiarse en si mismo. He ahí el repliegue autista que es tan singular del adolescente y que puede dar origen a ese "sentimiento de soledad" tan característico y de esa tan típica situación de "frustración y desaliento" y de ese "aburrimiento" que "suele ser un signo distintivo del adolescente". El adolescente se refugia en si mismo y en el mundo interno que ha ido formando durante su infancia preparándose para la acción y, a diferencia del psicópata, del neurótico o del psicótico, elabora y reconsidera constantemente sus vivencias y sus fracasos. Como ejemplo típico de lo contrario podemos tomar al psicópata que siente la necesidad de actuar directamente por lo penoso que se le hace enfrentar depresivamente todas estas situaciones de su mundo interno.

La intensidad y frecuencia de los procesos de introyección y proyección pueden obligar al adolescente a realizar rápidas modificaciones de su estado de animo, ya que se ve de pronto sumergido en las desesperanzas más profundas o, cuando elabora y supera los duelos, puede proyectarse en una relación que muchas veces suele ser desmedida.

Los cambios de humor son típicos de la adolescencia y es preciso entenderlos sobre la base de los mecanismos de proyección y de duelo por la pérdida de objetos que se han descrito; al fallar estos intentos de elaboración tales cambios de humor pueden aparecer como microcrisis maniacodepresivas.

CAPITULO

III

ADOLESCENCIA Y PSICOPATIA.

Tanto las modificaciones corporales incontrolables como los imperativos del mundo externo, que exigen al adolescente nuevas pautas de convivencia son vividos al principio como una invasión. Esto lo lleva como defensa a retener muchos de sus logros infantiles, aunque también coexiste el placer y el afán de alcanzar su nuevo status. También lo conduce a un regio en su mundo interno para poder reconectarse con su pasado y desde allí enfrentar el futuro. Estos cambios, en los que pierde su identidad de niño, implican la búsqueda de una nueva identidad que se va construyendo en un plano consciente e inconsciente. El adolescente no quiere ser como determinados adultos, pero en cambio elige a otros como ideales. El mundo interno construido con las imagos paternas será el puente a través del cual eligirá y recibirá los estímulos para su nueva identidad. Este mundo interno jugará en este momento el mismo rol que tuvo "el equipo", en el momento de nacer; equipo que le permitirá enfrentar al mundo y adaptarse a él con mayor o menor felicidad. Un mundo interno bueno, buenas imagos paternas, ayudan a elaborar la crisis de adolescencia tanto como las condiciones externas conflictivas y necesarias durante este período.

El adolescente se va modificando lentamente y ninguna premura interna o externa favorece esta labor, pues como toda elaboración de duelo, exige tiempo para ser una verdadera elaboración y no tomar las características de una negación maníaca. La patología de estos duelos emparenta la adolescencia con la psicopatía y en ambas la conducta de los padres puede favorecer o no estas negaciones, en cualquiera de los tres planos o en los tres.

Es en esa búsqueda de identidad cuando aparecen patologías que pueden llevar a confundir habitualmente una crisis con un cuadro psicopático (o neurótico de diverso tipo, o aún psicótico), en especial cuando surgen determinadas defensas utilizadas para eludir la

depresión, como ser la mala fe, la impostura, las identificaciones proyectivas masivas, la doble personalidad y las crisis de despersonalización, las cuales, si se alcanza a elaborar los duelos señalados, resultan pasajeros.

El psicópata-como muchos neuróticos o psicóticos-, en cambio, fracasa en la elaboración del duelo y no llega a la identidad adulta manifestando muchos de estos síntomas sin modificación.

En el adolescente y en el psicópata la elección de vocación despierta angustias similares. Lo que traba la decisión no es la falta de capacidades sino la dificultad de renunciar, porque elegir toma el significado no de adquirir algo, sino de perder lo otro.

La omnipotencia de las ideas y la planificación son defensas que a esa edad están al servicio de la adaptación a un nuevo rol. El incremento de la angustia, la debilidad del yo y mecanismos previos de solución de conflictos por la acción pueden llevar al adolescente a fugarse hacia una precoz genitalidad, o a un tipo de actuación con apariencias de madurez temprana que encubre un fracaso en la personificación.

En el primer caso nos vamos a encontrar con actuaciones psicopáticas que se evidencian en la tendencia a la acción no planeada y que buscan encontrar en la acción misma el castigo por deseos prohibidos. Por ejemplo, adolescentes psicopáticos con tendencia al acting-out sexual se encuentra el más alto porcentaje de contagio venéreo.

Vamos ahora a establecer comparaciones entre algunos de los rasgos que se consideran característicos de las psicopatías y de la adolescencia, que se comprenden a la luz de la elaboración de los duelos mencionados.

El psicópata necesita, generalmente, estar con gente; su forma de comunicación se da a través de la acción y necesita de los otros para realizarla. Además, por miedo a conocer su interior busca estar acompañado, para no sentir su propia soledad.

El adolescente, por el contrario, necesita estar solo y replegarse en su mundo interno. Le es necesario este recogimiento para desde allí, salir a actuar en el mundo exterior.

El autismo que se ha descrito como típico de la adolescencia lo conduce a una cierta torpeza en la comprensión de lo que pasa a su alrededor, está más ocupado en conocerse que en conocer a los demás.

El psicópata, por el contrario, tiene un insight defensivo sobre lo que el otro necesita y lo utiliza para su manejo. En el psicópata se manifiesta la compulsión a actuar y la dificultad para pensar, y la acción no tiene el valor instrumental de adquirir experiencia.

El adolescente piensa y habla mucho más de lo que actúa. Cree en la comunicación verbal y la necesita. Se frustra si no es escuchado y comprendido. Cuando se produce un fracaso repetido en esta comunicación verbal puede recurrir a la compulsión a robar o a realizar pequeños actos delictivos; en ese momento el adolescente entra ya dentro de cierta psicopatía.

***M. Klein** fue la primera en señalar la fuente de sufrimiento que es en el niño la imposibilidad de hablar para comunicarse, y cómo ese sufrimiento puede agudizarse cuando ha adquirido ya algunas palabras pero no es comprendido en su medio.

En la adolescencia, la comunicación verbal adquiere el singular significado de un preparativo para la acción y como la palabra está investida de una omnipotencia similar a la que tenia en la infancia, el hablar de amor equivale al amor mismo, y no ser atendido en sus comunicaciones verbales implica ser desestimado en su capacidad de acción. Esto explicaría la susceptibilidad que caracteriza al adolescente cuando no se le escucha. El fracaso en esa comunicación puede conducirlo a la acción.

En resumen podemos decir que el pensamiento del adolescente está determinado por un proceso de triple duelo:

1) duelo por el cuerpo infantil;

2) duelo por la identidad y el rol infantil;

3) duelo por los padres de la infancia.

El duelo por la bisexualidad infantil perdida acompaña a estos tres procesos de duelo. Se produce básicamente un corto circuito del pensamiento, en el que se observa la exclusión de lo conceptual lógico mediante la expresión a través de la acción.

El duelo por el cuerpo infantil perdido obliga a una expresión en la acción motora directa.

El duelo por la identidad y por el rol infantil permite la actuación afectiva desaprensiva, pasional o llena de indiferencia, sin consideración racional alguna por los objetos.

El duelo por los padres de la infancia produce una distorsión de la percepción que facilita la respuesta inmediata, global e irracional.

Esta triple situación trae consigo también la confusión sexual y de la temporalidad, que caracterizan el pensamiento adolescente.

La elaboración incompleta de los duelos o la no elaboración de alguno de ellos producirá fijaciones o exageraciones de estos procesos, que podrán ser identificados en la conducta psicopática, donde adquieren modalidades de fijeza y de irreductibilidad, que, teniendo en cuenta estas consideraciones, pueden ser modificas mediante el tratamiento psicoanalítico.

TRANSTORNO DISOCIAL.

La característica esencial del trastorno disocial es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto (criterio A). Estos comportamientos se dividen en cuatro grupos:

A).- Comportamiento agresivo que causa daño fisico o amenaza con el a otras personas o animales.

B).- Comportamiento no agresivo que causa perdidas o daños a la propiedad, fraudes o robos y violaciones graves de las normas. Tres o más comportamientos característicos deben haber aparecido durante los 12 últimos meses y por lo menos un comportamiento se habrá dado durante los últimos seis meses.

C).- El trastorno del comportamiento provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. El trastorno disocial puede diagnosticarse en individuos mayores de 18 años, pero solo si cumplen los criterios del trastorno antisocial de la personalidad.

D).- El patron de comportamiento suele presentarse en distintos contextos como el hogar, la escuela o la comunidad. Puesto que los sujetos con trastorno disocial tienden a minimizar sus problemas comportamentales.

El clínico con frecuencia debe fiarse de otros informadores, sin embargo el conocimiento que el informador tiene de los problemas comportamentales del niño puede estar limitada por una supervisión inadecuada o porque el niño no los haya revelado.

Los niños o adolescentes con este trastorno suelen iniciar comportamientos agresivos y reaccionar agresivamente ante otros. Pueden desplegar un comportamiento fanfarrón, amenazador o intimidatorio; iniciar peleas fisicas frecuentes, utilizar una arma que puede provocar daño fisico grave (navaja, ladrillo, bate, botella rota, o pistola); ser cruel fisicamente con personas y animales; robar enfrentándose a una víctima o forzar a otro a una actividad sexual. La violencia fisica puede adoptar la forma de violación , asalto, o en raros casos homicidio.

La destrucción deliberada de la propiedad de otras personas es un hecho característico de este trastorno y puede incluir el prender fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves o destruir deliberadamente la propiedad de otras personas de distintos modos (p.ej., romper vidrios de automóviles, vandalismo en la escuela). Los fraudes y robos son frecuentes y pueden incluir el violentar el piso, la casa, o el automóvil de otra persona; a menudo los sujetos mienten o rompen promesas con el fin de obtener bienes o favores, o evitar deudas u obligaciones. O roban objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la victima.

Característicamente, los sujetos que presenten este trastorno incurren también en violaciones graves de las normas, (p.ej., escolares, familiares). Los niños con este trastorno y antes de los 13 años de edad, permanecen fuera de casa y en horas nocturnas a pesar de las prohibiciones de sus padres. Pueden existir fugas de casa durante la noche. Para que sea considerado como síntoma de trastorno disocial la fuga debe haber ocurrido por lo menos dos veces (o sólo una vez si el sujeto no regresó durante un período de tiempo prolongado). Los episodios que ocurren como consecuencia directa del abuso fisico o sexual no se califican típicamente con este criterio. Los niños con este trastorno pueden hacer novillos en la escuela con frecuencia iniciándolos antes de

los trece años de edad. En sujetos mayores este comportamiento se manifiesta con frecuencia con ausencias del trabajo sin razones que lo justifiquen.

SUBTIPOS:

En función de la edad del inicio del trastorno se han establecido dos subtipos de trastorno disocial (tipo de inicio infantil y tipo de inicio adolescente). Los subtipos difieren en cuanto a la naturaleza característica de los problemas de comportamiento que presentan, curso evolutivo y pronóstico, y proporción por sexos. Ambos subtipos pueden presentarse de manera leve, moderada, o grave. Al evaluar la edad de inicio, la información debe obtenerse preferentemente del interesado y de sus cuidadores. Puesto que muchos de sus comportamientos permaneces ocultos, los cuidadorês pueden exponer menos síntomas de los reales y sobreestimar la edad del inicio.

TIPO DE INICIO ADOLESCENTE:

Este subtipo se define por la ausencia de características de trastorno disocial antes de los 10 años de edad . Comparados con los sujetos de tipo de inicio infantil, tienden menos a desplegar comportamientos agresivos y a tener más relaciones normativas con compañeros (aunque frecuentemente plantean problemas de comportamiento en compañía de otros). Estos sujetos son menos propensos a sufrir un trastorno disocial persistente o a desarrollar en la vida adulta un trastorno antisocial de la personalidad. La proporción de varones a mujeres con trastorno disocial es inferior en el tipo de inicio adolescente que en el tipo de inicio infantil.

ESPECIFICACIONES DE GRAVEDAD:

LEVE: Son muy pocos o ninguno los problemas comportamentales que exceden de los requeridos para establecer el diagnostico, y estos problemas causan daños relativamente pequeños a otros (mentir, hacer novillos, estar fuera de casa de noche sin pedir permiso).

MODERADO: El numero de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre "leve y grave" (robos sin enfrentamiento con la victima, vandalismo).

GRAVE: Hay muchos problemas de comportamiento que causan daños considerables a otras personas (violación, crueldad fisica, uso de armas, robos con enfrentamientos con la victima, destrozos y allanamientos).

SÍNTOMAS Y TRANSTORNOS ASOCIADOS:

Características descriptivas y trastornos mentales asociados.

Los sujetos con trastorno disocial pueden tener escasa empatía y poca preocupación por los sentimientos, los deseos y el bienestar de los otros. Especialmente en situaciones ambiguas, los sujetos agresivos afectos de este trastorno frecuentemente perciben mal las intenciones de los otros, interpretándolas como más hostiles y amenazadoras de lo que son en realidad, respondiendo con agresiones que en tal caso consideran razonables y justificadas, Pueden ser inestables careciendo de sentimientos apropiados de culpa o remordimiento. A veces es dificil evaluar si el remordimiento experimentado es

genuino, puesto que estos sujetos aprenden que la manifestación de la culpa puede reducir o evitar el castigo. Los sujetos con trastorno disocial pueden estar dispuestos a dar informaciones acerca de sus compañeros he intentan acusar a otros de sus propias fechorías. La autoestima es generalmente baja aunque el sujeto puede proyectar una imagen de "dureza", escasa tolerancia a la frustración, irritabilidad, arrebatos emocionales he imprudencia son características frecuentemente asociadas.

Las tasas de accidentes parecen ser superiores en los sujetos con trastorno disocial en comparación con otros que no padecen este trastorno.

El trastorno disocial suele asociarse a un inicio temprano de la actividad sexual, beber, fumar, consumir sustancias ilegales e incurrir en actos temerarios y peligrosos. El consumo de sustancias ilegales puede incrementar el riesgo de persistencia del trastorno disocial . Los comportamientos propios del trastorno disocial pueden dar lugar a suspensiones o expulsiones escolares, problemas en la adaptación laboral, conflictos legales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y lesiones físicas producidas en accidentes o peleas. Estos problemas pueden impedir la asistencia a escuelas ordinarias o vivir con los padres o en un hogar adoptivo. La ideación suicida, las tentativas de suicidio y los suicidios consumados se dan con una frecuencia superior a la esperable. El trastorno disocial puede asociarse a un nivel intelectual inferior al promedio. El rendimiento académico especialmente en lectura y otras habilidades verbales, suele situarse por debajo del nivel esperado, en función de la edad e inteligencia del sujeto. Pudiendo justificar el diagnóstico adicional del trastorno del aprendizaje o de la comunicación. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es frecuente en niños con trastorno disocial. El trastorno disocial también puede asociarse a uno o más de los trastornos mentales: trastorno del

aprendizaje, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados con sustancias. Los siguientes factores predisponen al desarrollo de un trastorno disocial:

a).- Rechazo y abandono por parte de los padres

b).- Temperamento infantil difícil.

c).- Prácticas educativas incoherentes con disciplina dura.

d).- Abusos físicos o sexuales

e).- Carencia de supervisión , primeros años de vida en instituciones, cambios frecuentes de cuidadores, familia numerosa

f).- Asociación a un grupo de compañeros delincuentes.

g).- Ciertos tipos de psicopatología familiar.

Hallazgos de laboratorio

En algunos estudios se han observado una frecuencia cardíaca y una conductancia dérmica más bajas en sujetos con trastorno disocial que en otros sin este trastorno. Sin embargo los niveles de activación (arousual) fisiológica no son diagnósticos de este trastorno.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Con cierta frecuencia se ha planteado la posibilidad de que el diagnóstico de trastorno disocial no se aplique correctamente a sujetos procedentes de ambientes donde los patrones de comportamiento indeseable son considerados a veces como protectores (amenaza, pobreza, crimen.). De acuerdo con la definición del DSM- IV de trastorno mental, el diagnóstico de trastorno disocial sólo debe aplicarse cuando el

comportamiento en cuestión sea sintomático de una disfunción subyacente del individuo y no constituya una reacción ante el contexto social inmediato. Además, los jóvenes inmigrantes procedentes de países arrasados por la guerra, que han vivido una historia de comportamientos agresivos quizá necesarios para su supervivencia en aquel contexto, no justifican necesariamente un diagnóstico de trastorno disocial. La consideración del contexto social y económico en que se hayan producido los comportamientos indeseables puede ser útil al clínico.

Los síntomas del trastorno varían con la edad media que el individuo desarrolla más fuerza física, aptitudes cognoscitivas y madurez sexual. Los comportamientos menos graves (mentir, robar en tiendas, peleas físicas) tienden a aparecer en primer lugar, mientras que otros (robo con escalo) lo hacen con posterioridad. Típicamente, los problemas de comportamiento más graves (violación, robo con enfrentamiento con la víctima) tienden a manifestarse en la última estancia, sin embargo existen notables diferencias entre individuos, algunos de los cuales incurren en los comportamientos más dañinos a una edad muy temprana.

El trastorno disocial, especialmente el de tipo infantil, es mucho más frecuente en varones. Las diferencias entre sexos también se observan en tipos específicos de problemas comportamentales, vandalismo y problemas de disciplina escolar. Las mujeres con diagnóstico de trastorno disocial propenden a incurrir en mentiras, ausentismo escolar, fugas, consumo de tóxicos y prostitución. Mientras que la agresión que implica un enfrentamiento pasional suele ser más desplegada por varones, las mujeres tienden a practicar más comportamientos que no entrañan confrontación.

Prevalencia.

La prevalencia de trastorno disocial parece haberse incrementado durante las últimas décadas, pudiendo ser más elevada en los núcleos urbanos que en las zonas rurales. Las tasas varían en función de la naturaleza de la población estudiada y los métodos de análisis: en los varones de edad inferior a los 18 años las tasas oscilan entre el 6 y el 16%; en las mujeres las tasas se mueven entre el 2 y el 9 %. El trastorno disocial es uno de los más frecuentes diagnosticados en los centros de salud mental para niños tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización.

Curso:

El inicio del trastorno disocial puede producirse hacia los 5 o 6 años de edad, pero usualmente se observa al final de la infancia o al inicio de la adolescencia. Es muy raro que comience después de los 6 años de edad. El curso del trastorno disocial es variable . En una mayoría de sujetos el trastorno se remite a la vida adulta. Sin embargo, una proporción sustancial continúa manifestando en la etapa adulta comportamientos que cumplen criterios del trastorno antisocial de la personalidad. Muchos sujetos con trastorno disocial, particularmente los de tipo de inicio adolescente y quienes presentan síntomas leves y escasos, alcanzan en la vida adulta una adaptación social y adecuada. Un inicio precoz predice un pronóstico peor y un riesgo creciente en la vida adulta de sufrir un trastorno antisocial de la personalidad y trastornos por consumo de sustancias. Los individuos con trastorno disocial corren el riesgo de experimentar posteriormente trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos y trastornos por consumo de sustancias.

Patrón familiar:

Los estudios sobre gemelos y adopciones demuestran que el trastorno disocial aumenta en niños con un padre biológico o adoptivo con trastorno antisocial de la personalidad o con un hermano afecto de trastorno disocial. El trastorno también parece ser más frecuente en hijos de padres biológicos con dependencia del alcohol, trastornos del estado de ánimo o esquizofrenia, o de padres biológicos con historia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de trastorno disocial.

TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD.

CARACTERÍSTICAS DIAGNOSTICAS:

La característica del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos con trastorno límite de la personalidad realizan frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginado. La percepción de una inminente separación o rechazo o la pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento. Estos sujetos son muy sensibles a las circunstancias ambientales. Experimentan ciertos temores a ser abandonados y una ira inapropiada incluso ante una separación que es por un tiempo ilimitado o cuando se producen cambios inevitables en los planes (reacción de desesperación brusca cuando el clínico les anuncia el final de su tiempo de visita, angustia o enfurecimiento cuando alguien importante para ellos se retrasa aunque sea sólo unos minutos o cundo tiene que cancelar su cita). Pueden creer que este abandono implica el ser malos. Estos temores a ser abandonados estar relacionados con la intolerancia a estar solos y la necesidad de estar acompañados de otras personas. Sus frenéticos esfuerzos para evitar el abandono pueden incluir actos compulsivos como los comportamientos de automutilación o suicidas.

Los individuos con un trastorno límite de la personalidad presentan un patrón de relaciones inestables e intensas. Pueden idealizar a quienes se ocupan de ellos o a sus amantes las primeras veces que se tratan, pedirles que estén mucho tiempo a su lado y compartir muy pronto los detalles más íntimos. Sin embargo, cambian rápidamente de idealizar a los demás a devaluarlos, pensando que no les prestan suficiente atención, no les dan demasiado o no están lo suficiente. Estos sujetos pueden empatizar y ofrecer algo a los demás, pero sólo con la expectativa de que la otra persona "esté allí" para corresponderles satisfaciéndoles sus necesidades o demandas. Son propensos asimismo a los cambios dramáticos en su opinión sobre los demás, que pueden ser vistos alternativamente como apoyos benéficos o cruelmente punitivos. Tales cambios suelen reflejar la desilusión de la persona que se ocupa de ellos y cuyas cualidades positivas han sido idealizadas o de quienes se espera el rechazo o abandono.

Puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una notable y persistente inestabilidad en la autoimagen o en el sentido de uno mismo. Se presentan cambios bruscos y dramáticos de la autoimagen, caracterizados por cambios de objetivos, valores y aspiraciones profesionales. Estas experiencias suelen ocurrir en situaciones en las que el sujeto percibe una falta de relaciones significativas, de ayuda y de apoyo. Estos sujetos pueden presentar un mal rendimiento laboral o escolar.

Las personas con este trastorno demuestran impulsividad en al menos dos áreas potencialmente peligrosas para ellos mismos. Pueden apostar, gastar dinero irresponsablemente, darse "atracones", abusar se sustancias, involucrarse en prácticas sexuales no seguras, o conducir temerariamente. Los sujetos con trastorno límite de la personalidad presentan comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes (cortarse o quemarse). Y las amenazas o intentos suicidas son muy frecuentes. El

intento de suicidio recurrente es con frecuencia uno de los motivos por los que estos sujetos acuden a tratamiento. Estos actos autodestructivos suelen estar precipitados por los temores a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad. La automutilación puede ocurrir durante experiencias disociativas y a menudo les proporciona una alivio por el hecho de reafirmales en su capacidad para sentir o por servirles de expiación de su sentimiento de maldad.

Estos sujetos también pueden presentar una inestabilidad afectiva que es debida a una notable reactividad del estado de ánimo (disforia episódica intensa, irritabilidad o ansiedad que normalmente dura sólo unas horas y que es raro que llegue a persistir durante días). El estado de ánimo básico de tipo disfórico de los sujetos con trastorno límite de la personalidad suele ser interrumpido por períodos de ira, angustia o desesperación, y son raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a tomar el relevo.

Síntomas y trastornos asociados.

Los sujetos con este tipo de trastorno pueden presentar un patrón de infravaloración de si mismos en el momento que están apunto de lograr un objetivo (dejar los estudios justo antes de graduarse, presentar una grave regresión después de haber estado hablando de los progresos de la terapia, destruir una buena relación en el momento en que parece claro que la relación podía tener una continuidad).

En la historias de la infancia de los sujetos con este trastorno son frecuentes los malos tratos físicos y sexuales, la negligencia en su cuidado, los conflictos hostiles y la pérdida temprana o la separación parental. Los trastornos que se presentan simultáneamente con más frecuencia son los trastornos del estado de ánimo, los

trastornos relacionados con sustancia, los trastornos de la conducta alimentaria (especialmente la bulimia), el trastorno por estrés postraumático y los trastornos por déficit de atención con hiperactividad. El trastorno límite de la personalidad también se da con frecuencia en simultaneidad con otros trastornos de la personalidad.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo.

Los adolescentes y los adultos jóvenes con problemas de identidad (especialmente cuando se acompañan de consumo de sustancias) pueden mostrar comportamientos pasajeros que dan la impresión errónea de ser un trastorno limite de la personalidad. Estos casos están caracterizados por la inestabilidad emocional, los dilemas existenciales, la incertidumbre, la ansiedad provocada por las decisiones que hay que tomar, los conflictos en la orientación sexual y las presiones sociales contradictorias para elegir una profesión. El trastorno límite de la personalidad se diagnostica con preferencia en mujeres /alrededor del 75%.

Prevalencia

Se estima que la prevalencia del trastorno límite de la personalidad es alrededor del 2 % de la población general, aproximadamente el 10 % de los sujetos vistos en los centros ambulatorios de salud mental y en torno al 20 % entre los pacientes psiquiátricos ingresados.

Curso.

Hay una considerable variedad en el curso de los trastornos límite de la personalidad. El patrón más habitual es una inestabilidad crónica en el principio de la edad adulta, con

episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y altos niveles de utilización de los recursos de salud mental y general. El deterioro causado por el trastorno y el riesgo de suicidio son mayores en los primeros años de la edad adulta y van desapareciendo gradualmente con la edad. Durante la cuarta y quinta década de la vida, la mayoría de los sujetos con este trastorno logran una mayor estabilidad en sus relaciones y su actividad profesional.

Patrón familiar.

El trastorno límite de la personalidad es unas 5 veces más frecuente en los familiares de primer grado de quienes tienen el trastorno que en la población general. También hay un riesgo familiar aumentado para los trastornos relacionados con sustancia, el trastorno antisocial de la personalidad y los trastornos del estado de ánimo.

PERVERSIONES Y NEUROSIS IMPULSIVAS.

Las actividades perversas y los impulsos de los "psicópatas" (tales como el impulso de fuga, la cleptomania o la afición a las drogas) son designados a veces con el nombre de síntomas compulsivos porque los pacientes sienten a veces la compulsión de llevar a cabo tal o cual acción patológica . Pero la manera en que ellos sienten tales impulsos es tan característicamente diferente de las experiencias compulsivas, que inmediatamente se puede presumir que tiene que haber diferencias estructurales especificas en relación con esa manifiesta diferencia. En general las perversiones y los impulsos mórbidos son placenteros, o al menos son llevados a la practica con la esperanza de obtener un placer, en tanto que los actos compulsivos son penosos y se llevan a cabo con la esperanza de librarse de un dolor.

El análisis demuestra que los perversos como los neuróticos, tienen represiones. Tienen además, también ellos represiones patógena especificas. Tienen un complejo de Edipo y una angustia de castración inconscientes. De este modo, el extremado predominio de un determinado componente de su sexualidad infantil no excluye que sean rechazadas otras partes de la misma. En efecto, el síntoma perverso, como el síntoma neurótico, facilita la descarga de una parte de la catexis de impulsos originalmente rechazados, y de esta manera hace más fácil el rechazo de la parte restante.

Los impulsos no son sentidos como compulsiones . Son sintónicos del yo, no ajenos a éste. Pero no son sentidos, sin embargo, del mismo modo que los impulsos instintivos normales se hacen sentir en las personas normales. Delatan una irresistibilidad

característica, diferente de lo que presenta una pulsión instintiva normal, que debe a la condensación del apremio instintivo con el esfuerzo defensivo.

Lo que significa "irresistibilidad" es que los pacientes en cuestión no son capaces de tolerar tensiones. Cualquier cosa que necesiten, deberán conseguirla inmediatamente. El bebé mientras actúa de acuerdo con el principio de placer, trata de descargar la tensión inmediatamente y siente toda excitación como un "trauma", al que responde con movimientos de descarga. La superación de este estado se basa en dos factores de desarrollo:

a) La capacidad fisiológica de controlar la motilidad, es decir, de reemplazar los movimientos incoordinados de descarga por actos dotados de propósito.

b) La actitud de postergar la reacción inmediata .

Es como si el neurótico impulsivo hubiera aprendido lo que se refiere a la primera de estas dos etapas, pero no la segunda, lo que realiza no son movimientos incoordinados, sino actos, pero de una manera significativa, actúan en vez de pensar, no pueden esperar, y por consiguiente, no han logrado el desarrollo cabal de principio de realidad y juzgan indebidamente la realidad en términos de experiencias pasadas. Actúan todavía como si toda tensión fuera un peligroso trauma. Sus actos no se dirigen a la finalidad objetiva de alcanzar una meta, o se dirigen menos a esto que a la finalidad negativa de liberar una tensión. Su objetivo no es el placer sino la interrupción del dolor. Toda tensión es sentida a la manera en que el bebé siente el hambre, es decir, como una amenaza a su existencia misma.

Estos pacientes se caracterizan por una fijación erótica oral y cutánea, la cual puede estar basada en factores constitucionales o experiencias fijadoras. Las experiencias

traumáticas tempranas, que incrementan el dolor a las tensiones dolorosas, también desempeñan en esto un papel predisponente.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN LA ADOLESCENCIA:

En la literatura más antigua sobre perturbaciones de la identidad en la adolescencia, las crisis de identidad y la difusión de identidad no estaban claramente diferenciadas. Por lo tanto, todavía puede encontrarse vigente la pregunta si todos los adolescentes podrían presentar algún grado de difusión de identidad y de ahí ser indistinguibles de la organización posterior de la personalidad límite. Creo que uno puede diferenciar la patología de carácter límite y no límite con bastante facilidad, utilizando el enfoque estructural de diagnóstico.

Parece haber abundantes pruebas, derivadas de datos clínicos y de investigaciones, acerca de que los adolescentes límite provienen de familias muy patológicas. A menudo se plantea la pregunta de hasta que grado el paciente adolescente límite simplemente refleja la psicopatología familiar grave o bien está sufriendo de una enfermedad "estructurada internalizada". Cada vez que un estudio cuidadoso del paciente adolescente demuestra la existencia de una difusión de identidad y la predominancia de operaciones defensivas primitivas deberá entenderse que, sin considerar cual haya sido la contribución familiar a esta enfermedad, el paciente tiene una patología límite estructurada que requerirá un tratamiento individual intensivo.

En tanto que la familia particularmente los padres, pueden haber contribuido fundamentalmente a la psicopatología límite de su hijo, el diagnóstico de organización

límite de la personalidad implica antiguas estructuras intrapsíquicas patológicas que ahora tienen una existencia autónoma.

CAPITULO IV

HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: X

EDAD: 13 años

SEXO: Femenino

FECHA DE NACIMIENTO: 18 noviembre de 1986

LUGAR DE NACIMIENTO: Morelia Michoacán.

ESCOLARIDAD: Segundo de secundaria

GRADO QUE OCUPA EN LA FAMILIA: Hija única del primer matrimonio

RELIGIÓN: Católica.

NOMBRE DE LA MADRE: Lucrecia Martínez

EDAD: 38

ESCOLARIDAD: Enfermera

OCUPACIÓN: Enfermera.

NOMBRE DEL PADRE: Arturo Montes

EDAD: Finado

NOMBRE DE LA HERMANA: Tania

EDAD: 3 años

REMITIDA POR: Dirección del colegio

ANTECEDENTES PREVIOS DE TRATAMIENTO: Nunca había recibido tratamiento psicológico.

FECHA DE ELABORACIÓN: 2000-04-04

NUMERO DE SESIONES: 15 sesiones.

II.- MOTIVO DE CONSULTA.

X es canalizada al departamento psicopedagógico de su colegio por presentar problemas de conducta y bajo aprovechamiento, motivo por el cual la institución decide condicionarla; posteriormente la madre acude pidiéndome que de atención a su hija ya que con ella constantemente presenta conductas agresivas al igual que con su media hermana, pues comenta la madre que en varias ocasiones ha llegado a agredirla mientras ella se encuentra trabajando y al regresar la encuentra con moretones o llorando, al pedirle una explicación a x, ella solo contesta que se cayó y que ella no es su niñera para estarla cuidando, cosa que preocupa mucho a la madre, pues dice que ya no confía en x, ya que constantemente le está mintiendo, y ha llegado a robarle dinero cosa que asusta mucho a la madre de x, pues ya no sabe como controlarla y constantemente la madre arremete físicamente para que le diga la verdad. Pero comenta la madre que esto no le ha funcionado y ya no sabe que hacer con x. Por lo que esta pensando en llevarla a un internado. Por otro lado en la institución tiene varios reportes de inasistencias, por lo que no podrá presentar exámenes lo que la llevará a perder el año.

III.-PADECIMIENTO O PROBLEMA ACTUAL.

X refiere que desde que su madre se "juntó" con su padrastro la relación entre ellas no es igual, pues x siente que antes su madre le hacía más caso y ahora no, todo el tiempo se lo dedica a su pareja y a su media hermana. X comenta que con esta relación su madre está buscando sustituir a su padre cosa que ella no piensa permitir y lo que mas enoja a x es que de esta relación nació la niña y ella no la quiere, ya que su madre se la deja a su cuidado y esto le molesta mucho pues esa no es su responsabilidad sino de su madre. "Si ella se embarazo porque quiso, que cuide a su niña".

Por otro lado x comenta que en estos momentos la relación con su madre es imposible ya que constantemente la agrede físicamente con lo que encuentra y le deja marcados los

golpes por todo el cuerpo, esto ocurre cuando sale baja en calificaciones o cuando x se niega a cuidar a su hermana.

La madre refiere que este tipo de problemas se han venido presentando hace unos meses que x comenzó a reclamar la presencia de su padre al ver que su madre tenía una nueva pareja. Por lo que x la culpa de no tener a su padre.

Por otro lado la señora comenta que no entiende porque x reclama a su padre si ella solo tenía 3 años cuando murió y no cree que se acuerde de él. La señora comenta que x con su actual pareja se porta grosera y solo cuando necesita algo lo busca ya que sabe que el no le negará nada, pues él siente afecto por x, por lo que la señora se molesta con su hija.

En una ocasión al llegar de su trabajo la señora encontró a la niña llorando y le preguntó a x que había pasado y ella solo respondió que nada, después de mucho rato de ver que la niña no dejaba de llorar insistió en preguntarle que había pasado, que porque no dejaba de llorar; al ver x la situación le dijo a su madre que tal vez lloraba porque se había caído. La señora comenzó a revisar a Tania y se pudo percatar de que tenía un fuerte golpe en la cabeza la llevó al hospital y Tania presentaba una fractura en el cráneo por lo tuvieron que intervenirla rápidamente. A raíz de esto Tania no quedo bien fisicamente por lo que la señora culpa a x de esto y no tiene mucha confianza en ella, ya que además de esto le llegó a tomar 200 dólares que la señora tenia ahorrados y unos vales de despensa para venderlos y quedarse con el dinero, cuando la señora se dio cuenta de la falta de dinero pregunto a x que había hecho con él y ella contesto que unos amigos le habían pedido prestado y que todavía se lo debían .por lo que la señora se dirigió al colegio a investigar si era verdad y sus compañeros comentaron que ella se los había regalado, que en ningún momento mencionó que fuera prestado.

La madre obligó a x a recuperar el dinero por lo que ella llamo a sus parientes en México y les dijo que su madre había tenido un accidente por lo que era necesario comprarle unas muletas pero que no quería que su madre se enterara que les había llamado, poco tiempo después la madre encuentra en el recibo de teléfono llamadas a México y decide llamarle a

los tíos de x preguntando acerca de la llamada, al enterarse la señora decide comentar a sus tíos lo que pasa con x y los familiares comentan que no era la primera ocasión que llamaba, que varias veces había llamado diciendo que no tenian para comer y los familiares le mandaban dinero.

La señora comenta que en ciertas ocasiones x llego a tomar objetos de valor de su abuela materna por lo que actualmente no se le permite el acceso al cuarto de la abuela.

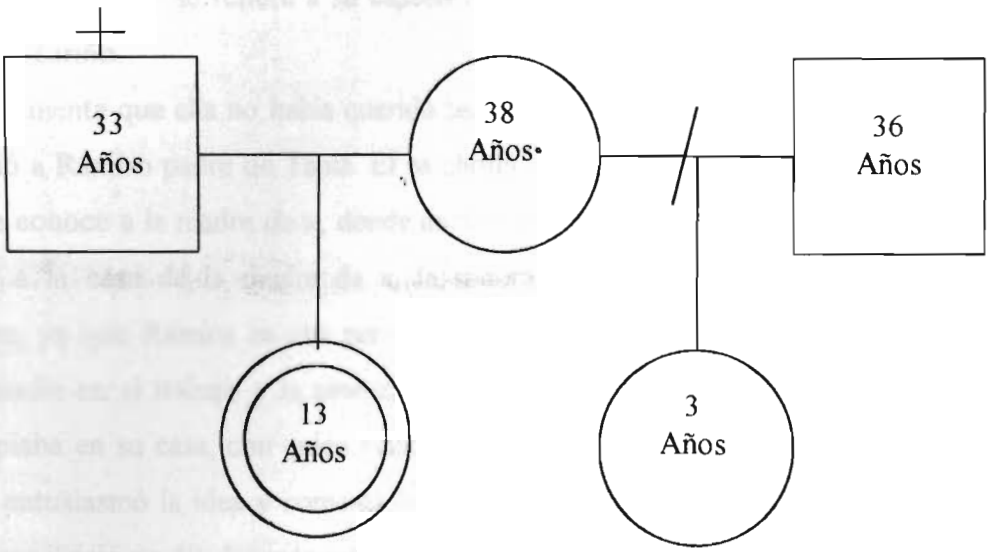
Por otro lado x comenta que su madre todo el tiempo está detrás de ella y que ya la tiene enfadada, que está pensando en irse de su casa con su novio, el cual tiene 25 años y vive solo en un departamento. Y es ahí a donde se van cuando desean tener relaciones sexuales, y donde en una ocasión se hicieron un tatuaje juntos.

X dice no estar muy entusiasmada con su actual novio, porque no cree que duren mucho, pero sin embargo piensa que él la puede ayudar a salirse de su casa. Además comenta que se divierte con él, que en ocasiones cuando su madre ha tenido que doblar turno en el hospital ellos salen a grafitear en las noches.

X me comenta que en una ocasión cuando estaban grafiteando un gato los asusto, pues salió de repente por lo que x lo persiguió y comenzó a aventarle piedras, cosa que a ella le causó mucha gracia, dice que cosas como estas son las que le divierten ya que se enfada de estar en su casa y prefiere salir a hacer cosas arriesgadas.

IV.- AREA FAMILIAR.

FAMILIOGRAMA



V.- ANTECEDENTES FAMILIARES.

X es la mayor de la familia, vive con su madre y hermana.

Padre: muere de 33 años de edad a consecuencia de un infarto, todo esto por el sobrepeso del señor y problemas de la presión. Era originario de Morelia Mich. Era empleado de gobierno. La paciente tenia 3 años de edad cuando esto sucedió.

Madre: tiene actualmente 38 años de edad es originaria de Morelia Mich. Estudio enfermería y trabaja en el Seguro Social.

Los padres de la paciente se casaron a escondidas ya que los familiares de estos no permitían la relación porque don Arturo (padre de la paciente) era 9 años mayor que la señora. La madre de x se refiere a su esposo como una persona bondadosa y alguien que recuerda con cariño.

La señora comenta que ella no había querido tener otra relación después de su esposo hasta que conoció a Ramiro padre de Tania. El es chofer de las ambulancias del seguro social, es aquí donde conoce a la madre de x, donde inician una relación y tiempo después Ramiro se va a vivir a la casa de la madre de x, la señora comenta que la relación comenzó a complicarse, ya que Ramiro es una persona muy celosa y no le gustaba que la señora le hablara a nadie en el trabajo y la amenazaba con dejarla si la veía con alguien, sumado a esto, la espiaba en su casa, con quién hablaba por teléfono; al salir la señora embarazada a Ramiro le entusiasmó la idea y comenta la señora que la trata mejor, ya que el quería un niño, al nacer Tania un día después refiere la señora Ramiro la abandona y hasta la fecha no sabe nada de él.

La señora comenta que intentó buscarlo y pedirle una explicación y este solo se comentó que le había dicho que la niña no era de él, y que estaba dispuesto a mantener una niña que no era de él.

La madre de x refiere que ella no le ha comentado nada a x sobre lo ocurrido con Ramiro y que no piensa comentarle nada ya que no quiere que x se burle de ella y le diga que que bueno que la abandonaron.

La señora comenta que no se ha podido reponer del abandono de Ramiro y que ella cree que en esto también tuvo que ver x pues como ella no lo aceptaba piensa que ella

contribuyó a la separación y por lo mismo cada vez que x la hace enojar se acuerda y le pega con lo primero que encuentra y la corre de la casa.

La señora refiere que tuvo que hacerse unos análisis ya que en el hospital le comentaron que Ramiro posiblemente tenía sida, por lo que fue necesario descartar la posibilidad de que ella pudiera estar infectada.

V.- HISTORIA DEL DESARROLLO

1.- CONCEPCION Y EMBARAZO.

La madre de x comenta que ella no deseaba el embarazo ya que anteriormente había tenido 2 abortos, que su padre si lo deseaba pero ella no. Además todo su embarazo se la paso vomitando y tuvo amenaza de aborto por otro lado durante el embarazo le dio una alergia con la cual se llenó de ronchas lo que originó que su embarazo fuera clasificado de alto riesgo. Por lo que todo su embarazo se la pasó angustiada, la señora comenta que no lo disfrutó.

2.- NACIMIENTO

Su embarazo llegó al termino siendo de 9 meses, su trabajo de parto duro 9 horas, no la anestesiaron y no recuerda que x haya presentado algún problema al nacer.

El nacimiento de x provocó alegría, tanto en ella como en su padre, pero si recuerda que fue más el entusiasmo de su padre.

3.- ALIMENTACION.

Solo durante 3 meses le dio pecho, pues x lo rechazaba y posteriormente le dio biberón el cual dejó a los 11 meses y comenzó a darle en vaso.

Se chupó el dedo hasta los 2 años ½ y lo dejó porque la señora se lo vendaba y le ponía chile en el dedo.

Desde los 5 meses comenzó a darle alimentos sólidos y ella se encargaba de alimentarla o cuando ella no podía lo hacia una señora que le ayudaba a cuidarla. No presentó rechazo hacia ningún alimento la madre refiere que al contrario fue una niña muy gordita y al 1 1/2 comenzó a comer por si sola.

4.- SUEÑO.

Alos tres meses comenzó a dormir toda la noche sin despertar, su sueño era tranquilo y necesitaba una almohada para dormir, la cual dejó hasta los cuatro años.

Desde que nació durmió en el cuarto de sus papás en su cuna, pero cuando muere el papá la madre decide pasarla a la cama con ella y así fue hasta los 11 años cuando x decide irse a su cuarto. Pero comenta la madre que a veces x se va a dormir con ella.

5.- ENTRENAMIENTO DE ESFÍNTERES.

La madre comenta que desde que x tenia 1 año le quitó el pañal y comenzó a enseñarla a avisar, lo cual logró hasta el 1 ½ y hasta los 2 años 1/2 tuvo un buen control de esfínteres.

La madre comenta que durante este proceso cuando x no alcanzaba a llegar al baño ella la regañaba y le pegaba para que entendiera.

6.- LENGUAJE HABLADO.

Desde los seis meses comenzaba a decir sus primeras palabras y antes del año dijo mamá y papá pero hasta los tres años comenzó a hablar con claridad.

La señora refiere que ha notado que en su familia la mayoría de los niños tardan en hablar con claridad.

7.- DESARROLLO MOTOR.

X logró sostener la cabeza y voltearse sola a los 6 meses, gateó, hasta los 9 meses y fue al 1 ½ cuando comenzó a dar sus primeros pasos.

La madre recuerda que al principio era torpe en sus pasos pero posteriormente esto fue mejorando.

8.-DESARROLLO SEXUAL.

No recuerda que x le haya hecho preguntas al respecto solo hasta la edad de 11 años que le ocurrió su primera menstruación la señora le explicó acerca del tema.

MASTURBACIÓN: la señora no recuerda algún hecho importante en relación al tema.

9.- VIDA MARITAL

x comenta que desde que estaba en 2° de primaria tuvo varios novios

se daba besos con ellos que pero nada en serio en la secundaria recuerda a 6 novios Carlos, Marco, Enrique, Julio, Javier, Alberto, pero no duró con ellos porque ella se enfadaba muy pronto. Y actualmente anda con Ricardo a quien conoció por unos amigos que viven por su casa, tiene 25 años y fue con el con quien tuvo su primera relación sexual. Actualmente tienen 6 meses saliendo juntos y x dice que no cree que duren mucho.

10.- HISTORIA ESCOLAR

A la edad de 4 años ingresa por primera vez al kinder "BERNARDINA" y a los 6 años ingresa a la primaria en la escuela CONSTITUCIÓN 1814, donde solo cursa el primero de primaria, ya que su madre no está contenta con esa escuela y decide cambiarla al SOR JUANA INES DE LA CRUZ, donde cursa de 2° a 6° de primaria pero su madre decide cambiarla por la falta de disciplina en la institución y la secundaria la comienza en el COLEGIO NOVEL. Donde comienza a tener problemas por su bajo aprovechamiento y conducta.

11- RELACIONES INTERPERSONALES.

Se considera una persona sociable aunque no entiende porque sus amistades no duran mucho, ella lo atribuye a que tiene un carácter fuerte como el de su madre y esto le causa conflictos.

12.- FARMACODEPENDENCIA.

En ocasiones ha llegado a beber alcohol en exceso, fuma pero niega haber consumido drogas.

13.- COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL.

En la escuela tiene muchos problemas por no seguir las reglas de la institución ha llegado a faltar a clase sin motivo alguno; por las noches sale a grafitear con su novio. Ha cometido robos en su casa y en casa de su abuela.

14.- EXAMEN MENTAL.

Conducta y aspecto general de la paciente:

La paciente al principio se muestra poco colaboradora con el entrevistador, segura de sus respuestas, aunque en ocasiones enojada y retando al entrevistador.

Utiliza mucho sus manos para expresarse y mucha expresión en sus ojos. Cuando había que enfatizar en algún evento exageraba las expresiones de sus ojos y boca.

La paciente acudió a la primera entrevista con el uniforme de la institución su aliño e higiene personales no son muy adecuados, trata de lucir femenina y no utiliza maquillaje.

Es una mujer de 1.60 m. Aproximadamente. Pesa 60 kgs. Su cabello es negro rizado y le llega un poco arriba de la mejilla. Su tez es morena. Sus ojos son oscuros, grandes y expresivos, expresando en algunas ocasiones mucho enojo. Su nariz es mediana, su boca grande. Su cuerpo se encuentra desarrollado más de lo que se podría esperar para una adolescente de su edad.

15.- DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO.

La paciente tiene un trastorno disocial de tipo adolescente caracterizado por conductas agresivas y comportamientos antisociales. También presenta rasgos de personalidad limite.

Las tensiones actuales que tiene en su casa y el complejo de edipo no resuelto ante la ausencia del padre son circunstancias que ayudan a la manifestación del trastorno disocial.

16.- DIAGNOSTICO NOSOLOGICO PRINCIPAL.

Eje I .- F91.8 Trastorno disocial de inicio adolescente, leve. [312.8]

Eje II .- 203.2 Sin diagnóstico (rasgos de personalidad límite incipiente).

Eje III.- Sin diagnóstico

Eje IV.- Problemas relativos al grupo primario

Violencia intrafamiliar

Problemas relativos al ambiente social

Conflictos con compañeros de escuela

Eje V.- EEAG = 55 (Actual)

17.- PRONOSTICO.

Pronóstico incierto. La paciente no tiene conciencia de enfermedad por lo que sería dificil que acuda a un tratamiento psicológico, sumado a esto que su madre se niega a pagar un tratamiento ya que no está dispuesta a gastar en alguien que no vale la pena.

18.- TRATAMIENTO.

Tipo de tratamiento:

Se recomienda una terapia psicoanalítica individual y terapia familiar; esta ultima puede ser necesaria por la contribución que la familia (la madre) esté haciendo a la psicopatología de la paciente o por que la psicopatología de x se encuentre apoyada en la estructura familiar; o bien para prevenir, evitar o resolver la interferencia familiar en el tratamiento de la paciente.

CAPITULO

V

APLICACIÓN DE PRUEBAS.

PRUEBAS APLICADAS: MACHOVER, HTTP, FAMILIA, BENDER, WISC, FRASES INCOMPLETAS, MMPI.

OBSERVACIONES DURANTE LA APLICACIÓN DE PRUEBAS:

X se mostraba al principio sin disposición para realizar las pruebas, pues me cuestionaba mucho acerca del sentido de las mismas, pero al ir avanzando su disposición cambio, se mostraba mas flexible y cooperadora.

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

INTERPRETACIÓN DE LA FIGURA HUMANA POR KOPPITZ (FIG. 1)

Observación de la conducta.- X se mostró poco flexible al realizar los dibujos, ya que decía que no sabía dibujar. Cuando se decidió a intentarlo se mostraba muy ansiosa, después su actitud cambio conforme fue realizando los dibujos, comenzó dibujando la cabeza primero, continuando con los rasgos de la cara, después siguió con el cuello, pasando a los hombros los cuales le costaron mucho trabajo (borro demasiado en esta parte) y después continuo con el resto del cuerpo.

IMPRESIÓN GENERAL.

Los dibujos de la F.H. de x sugieren mucha inseguridad, dificultad para relacionarse, ansiedad, así como una marcada dificultad para establecer relaciones interpersonales agregando a esto también poca tolerancia a la frustración, acompañada de sentimientos de enojo que son descargados en forma agresiva.

MADUREZ MENTAL:

EL DFH. de x muestra todos los reactivos esperados para los adolescentes. Sería aventurado hacer cualquier declaración definitiva acerca de la capacidad mental de x a partir de su DFH. Aunque la inmadurez general del dibujo sugiere que es más probable una capacidad por debajo del promedio.

ANÁLISIS DEL CONTENIDO:

X en su dibujo representó a una persona mayor, lo que nos habla de su deseo por ser más grande. También podemos encontrar su gusto por estar sola y disfrutar de la tranquilidad y de cómo se idealiza ella queriendo ser alegre y carismática sin embargo la inseguridad y el autoconcepto bajo que tiene de sí misma no se lo permite, ya que su principal problema es el establecer relaciones duraderas, lo cual le produce mucha ansiedad, la cual canaliza en forma agresiva hacia su medio.

(FIG 2)

OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA:

Cuando le pedí a X que realizara esta segunda figura hizo un gesto mostrando pocas ganar de realizarla. Durante la realización del dibujo se mostraba ansiosa, borraba mucho y mostraba una actitud de coraje.

IMPRESIÓN GENERAL:

En su dibujo se puede apreciar que tiene un fuerte conflicto con la figura que desea representar, sin embargo cuenta con una capacidad mental por debajo del promedio, es impulsiva y le cuesta trabajo relacionarse.

En esta figura nos vuelve a mostrar su bajo concepto que tiene de si misma y podemos darnos cuenta que emocionalmente no se encuentra estable.

MADUREZ MENTAL:

Se encontraron todos los reactivos esperados para los adolescentes, pero sus dibujos son inmaduros y es probable que exista una capacidad por debajo del promedio.

INDICADORES EMOCIONALES:

El dibujo de x muestra signos de ansiedad, sentimientos de inadecuación (manos amputadas y sombreado de la cara), apocamiento, timidez (figura pequeña).

ANÁLISIS DEL CONTENIDO:

X en su relato dice que su dibujo es un niño llamado Joaquín, que visitaba a sus hermanos y su abuelita todos los días, que era trabajador y cooperador con su mamá, pero un día este personaje enferma de una epidemia, y por lo tanto se queda solo y triste ya que no se podía hacer nada por él .

Posteriormente cuando pregunto si es una persona inventada o la conoce, me comenta que es una persona inventada y que tiene 30 años; que esta pensando cosas malas y en hacer daño a una persona.

X en su dibujo reflejo dificultad para relacionarse socialmente (ausencia de manos) lo que nos habla que no es capaz de conservar una relación por mucho tiempo ya que su inseguridad (figura pequeña) no se lo permite, lo que podemos comprobar con la cantidad de novios que hasta la fecha ha tenido, y con los cuales no ha durado más de una semana. Esto nos habla también de que la figura masculina la percibe como amenazante por lo que al igual que en su relato, los abandona (Joaquín enferma) y no permite que continúe la relación (ya no podrá visitar a sus hermanos y a su abuelita). Al decir que es una persona de 30 años nos damos cuenta que simboliza una figura paterna con la cual tiene conflicto, ya que su verdadero padre murió; la actual pareja de su madre es percibido por ella como alguien que ha venido a quitarle el cariño de su madre y que además quiere sustituir a su padre.

X comenta que Ramiro es bueno con ella y con su madre, que les lleva regalos, pero sin embargo para ella sigue siendo amenazante, por eso se porta grosera con él.

Al igual que en su relato de la FH reconoce las cualidades que tiene (Joaquin) pero para sentirse más tranquila decide enfermarlo y dejarlo solo.

INTERPRETACIÓN DE LA FIGURA HUMANA (MACHOVER) FIG 1

El dibujo de x nos muestra dependencia he identificación con la imago femenina la cual percibe como castrante y dominante, así como rígida y moralista, lo que la lleva a protegerse del medio con el cual le cuesta trabajo relacionarse, de igual manera intenta tener demasiado control de sí misma, el cual irrumpe en arranques impulsivos y agresivos.

Sus dibujos pequeños y primitivos nos hablan de una gran inseguridad y un descontento con su propio cuerpo, así como un fuerte conflicto con la figura representada, la cual le produce demasiada ansiedad, preocupación somática e inmadurez emocional, lo que refleja con conductas rebeldes.

Podemos encontrar también un yo disminuido y una dificultad de adaptación social, así como ciertos rasgos de carácter esquizoide y regresivo.

FIG 2

Podemos encontrar en el dibujo de X una gran dificultad para relacionarse socialmente, lo que la lleva a ser aislada, evitando tener contacto con los demás queriendo tener demasiado control en esto, lo que la lleva a ser agresiva y rebelde así como inadaptada socialmente.

Tiene un fuerte conflicto con la autoridad, en especial con la figura masculina ya que existe un complejo de edipo no resuelto, lo que la lleva a estar en constante enojo con los hombres, ya que los percibe como amenazantes lo que a ella le crea una gran ansiedad he inseguridad.

También podemos encontrar un yo disminuido ya que sus trazos son muy simples y primitivos, todo esto debido a que existe una fuerte dependencia materna acompañada también de una preocupación sexual y descontento de su propio cuerpo.

TEST BAJO LA LLUVIA:

Este dibujo nos refleja como se siente x en su medio ambiente el cual percibe como persecutorio y atacante para ella, por lo cual reacciona de una manera defensiva a este, teniendo conductas agresivas y rebeldes tanto con su madre como en su ambiente social (escuela, amigos). Sin embargo esto la lleva a deprimirse y devaluarse a sí misma siendo insegura y ansiosa.

Podemos encontrar que este ambiente ella lo percibe dominado por la madre con la cual existe un fuerte conflicto, todo esto debido a que a lo largo de su vida solo ha visto la figura femenina como alguien dominante y castrante.

INTERPRETACIÓN DEL MMPI

La paciente muestra independencia de pensamiento y negativismo, es una persona temperamental insatisfecha, inquieta y malhumorada, obstinada en sus opiniones.

No presenta ni depresión ni angustia, pero si molestias clínicas, las cuales son de corta duración, seguidas por conducta exhibicionista hostil.

La paciente puede presentar manifestaciones y actitudes no conformistas y de desafío, tendencias antisociales y agresivas.

Es una persona emocionalmente pasiva y dependiente. Sus rasgos o conflictos de dependencia pueden expresarse por medio de protesta masculina, sentimientos de culpa y una variedad de perturbaciones. Es inconformista, se deleita en desafiar los patrones y convencionalismos sociales.

Presenta rasgos homosexuales; es una mujer que se revela contra su papel.

Presenta algunos rasgos tipo histeroide: relaciones sociales caracterizadas por ser manipuladoras, exigente superficial e inmadura. Es principalmente egocéntrica. Utiliza como mecanismos de defensa la represión y la negación. Gran rigidez y conducta muy defensiva que conduce a un pronóstico no muy bueno.

BENDER Y WISCK-R

La paciente no presenta daño orgánico. Tiene un CI de 94 equivalente a normal. Presenta una adaptación rápida a los estímulos asía como una buena comprensión verbal, expresión y capacidad para comprender el significado de la palabras. Por otro lado presenta dificultad en la velocidad psicomotríz, así como en la capacidad de aprendizaje.

INTEGRACIÓN FINAL

AREA NEUROLOGICA

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

AREA INTELECTUAL

La paciente tiene un CI de 94 equivalente a normal, presenta una rápida adaptación a los estímulos. Así como buena comprensión verbal, expresión y capacidad para comprender el significado de las palabras. Tiene dificultad en la velocidad psicomotríz, así como en la capacidad de aprendizaje.

AREA SOCIO-AFECTIVA

X es una persona insegura y con dificultades para establecer relaciones interpersonales, así como una dificultad de adaptación social, poca tolerancia a la frustración, acompañada de sentimientos de enojo que son descargados en forma agresiva.

Aunque hay una fuerte identificación con la madre, tiene dificultad para comunicarse con ella, ya que la percibe como castrante y dominante al igual que rígida y moralista.

Su dificultad para relacionarse socialmente la lleva a ser aislada evitando tener contacto con los demás.

Tiene un fuerte conflicto con la autoridad en especial con la figura masculina ya que existe un complejo de edipo no resuelto lo que la lleva a estar en constante enojo con los hombres ya que los percibe como amenazantes.

También podemos encontrar un yo disminuido, todo esto debido a que existe una fuerte dependencia materna acompañada también de una preocupación sexual y descontento de su propio cuerpo.

No tiene conciencia de enfermedad utiliza mecanismos de defensa muy primitivos tales como la proyección y negación entre otros.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

Este es el proceso de evaluación que se llevó a cabo a X una adolescente de 13 años de edad, cuyo diagnóstico es de trastorno disocial de inicio adolescente, presenta rasgos de trastorno limite de personalidad aunque trataré de enfocarme en el diagnóstico principal.

Actualmente su comportamiento agresivo la ha llevado a tener problemas en su escuela y ambiente familiar, ya que ha robado a su madre y abuela, por otro lado su situación en la escuela es conflictiva ya que están apunto de darla de baja por sus constantes inasistencias, así como su conducta rebelde y bajo aprovechamiento.

Este tipo de trastorno contiene los siguientes criterios:

Agresión a personas o animales, a menudo inicia peleas físicas, a menudo miente para obtener bienes y favores o para evitar obligaciones, ha robado objetos de valor sin enfrentamiento con la victima, a menudo permanece fuera de casa a pesar de las prohibiciones paternas, se ha escapado durante la noche por lo menos dos veces viviendo en la casa de sus padres, suele hacer novillos en la escuela.

Este tipo de pacientes puede decirse que en una edad adulta su trastorno aumente y no sea disocial, sino antisocial. Sumado a esto la situación actual por la que pasa la paciente y la ausencia del padre cuyo duelo no se ha manejado. Sabemos que ante la falta de ternura, de protección, de apoyo de la pareja, la madre es incapaz de darle al hijo los aportes emocionales que le permitan crecer y evolucionar de acuerdo a sus potencialidades.

Una mujer usada, devaluada, insegura y sola no puede dar cariño, seguridad, autoestima y compañía a un hijo, en todo caso tiende a usarlo para sus propias necesidades.

Por otro lado sabemos que la elaboración incompleta de duelos o la no elaboración de alguno de ellos producirá fijaciones o exageraciones de estos procesos que podrán se

identificados en la conducta psicopática donde adquieren modalidades de fijeza y de irreductibilidad.

Sabemos que el psicópata fracasa en la elaboración del duelo y no llega a la identidad adulta, manifestando muchos de estos síntomas sin modificación. En el adolescente y en el psicópata la elección de vocación despierta angustias similares. Lo que traba la decisión no es la falta de capacidades sino la dificultad de renunciar, porque elegir toma el significado, no de adquirir algo, sino de perder lo otro.

Sintetizando las características de la adolescencia podríamos describir la siguiente sintomatología que integra este síndrome:

1) Búsqueda de si mismo y de la identidad
2) Tendencia grupal
3) Necesidad de intelectualizar y fantasear
4) Crisis religiosas
5) Desubicación temporal
6) Evolución sexual
7) Actitud social reivindicatoria con tendencias antisociales
8) Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta
9) Separación progresiva de los padres
10) Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

Por lo que podemos decir que la paciente si está pasando por la siguiente sintomatología, pero de una manera más exagerada que la lleva a la patología, sumado a esto los procesos de duelo que no se están manejando adecuadamente y la dinámica familiar que vive en este momento.

BIBLIOGRAFÍA

- Ψ D S M – IV. Manual de diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. Edit. Masson.
- Ψ La adolescencia normal A Aberasturi. Edit. Paidos
- Ψ La planche, Jean y Pontalis, Jean-Bertrand. Diccionario de psicoanálisis. Edit. Labor. (1994). Colombia
- Ψ KLEIN, Melanie. Amor, culpa y reparación. Edit. Piados (1975) España.
- Ψ O. F. Kernberg. Trastornos graves de la personalidad. Edit. Manual Moderno
- Ψ L. Bellak. Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Edit. Manual Moderno
- Ψ FENICHEL, Otto. La teoría psicoanalítica de las neurosis. Edit. Paidos. (1945)
- Ψ FREUD, Anna. Estudios psicoanalíticos. Edit. Paidós
- Ψ DICAPRIO. Teorías de la personalidad. Edit. Mc. Graw Hill. Segunda edición
- Ψ MACHOVER, Karen. Test proyectivo de la figura humana
- Ψ KOPPITZ, Elizabeth Münsterberg. El libro de la figura humana.
- Ψ BLOS, Peter. Psicoanálisis de la adolescencia. Edit. Joaquín Mortiz - México. (1962)

ANEXOS

Una persona llamada Ma
ella siempre por los mañanas
se levanta en cuanto empieza a
[illegible] ella trabaja por
las mañanas en una empresa
siempre es alegre como dice
y bueno cuando llega de
trabajar [illegible]
[illegible]
y se [illegible]

°Inventado
Alegria
En cosas interesantes
20 años

Siempre llorabas cuando se caía
se siempre baja la luz en
árbol alto y en el cielo
[illegible] por su mamá
y siempre que quería dormir agarraba
con una hoja la luz en el árbol
alto.

F. N

Era una [illegible] llamado
Joaquin el [illegible]
[illegible]
[illegible]
todos los [illegible]
[illegible]
[illegible]
[illegible]
el nombre [illegible]
[illegible]
[illegible]
reconocerse esto que
indio empezo su
de [illegible]
y el [illegible]
[illegible]
[illegible]

inventado
Alegre
En cosas malas hacer daño
a una perso

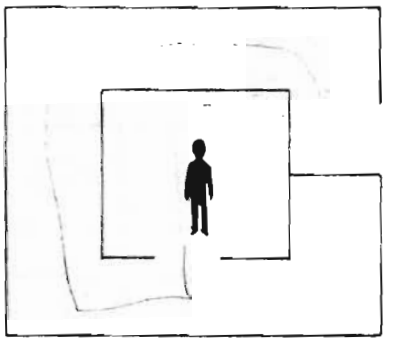
WISC-R

PROTOCOLO
CON
CLAVES Y LABERINTOS
(PCL)

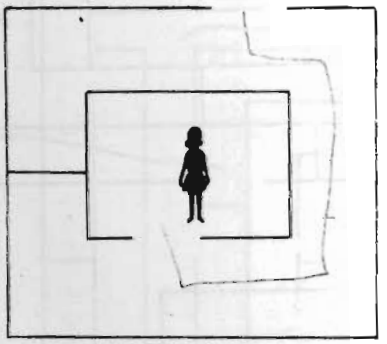
NOMBRE X

EXAMINADOR Luz de Lourdes Mena FECHA mayo-2000

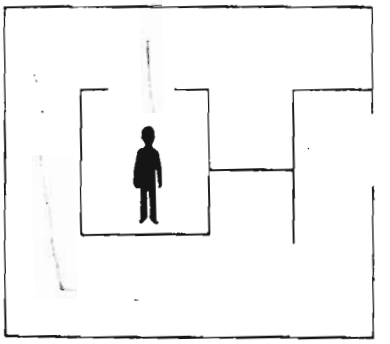
MUESTRA



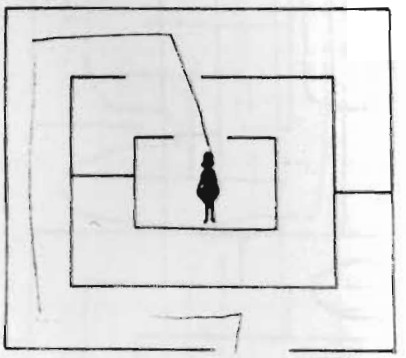
1



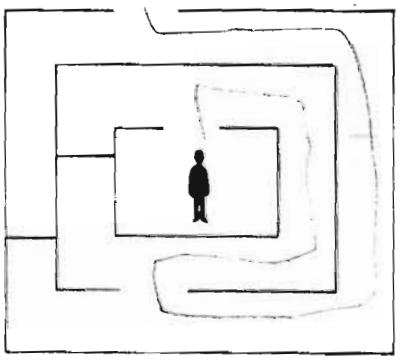
2

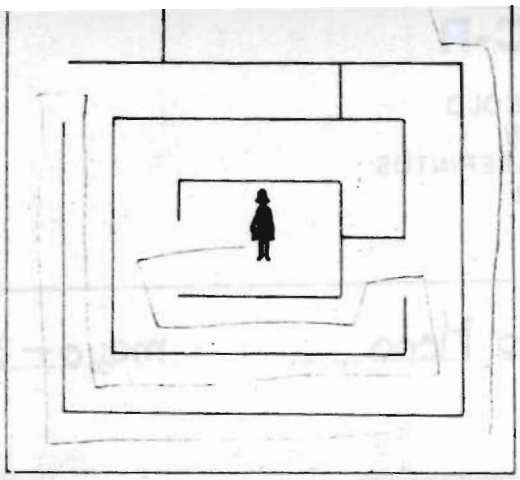


3

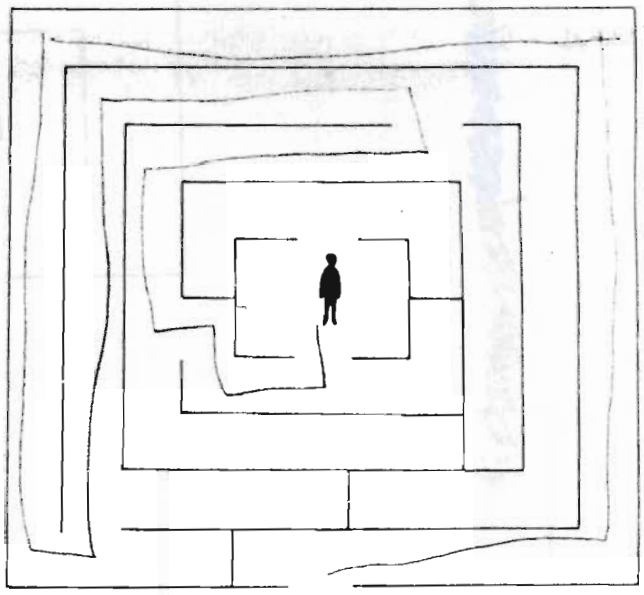


4



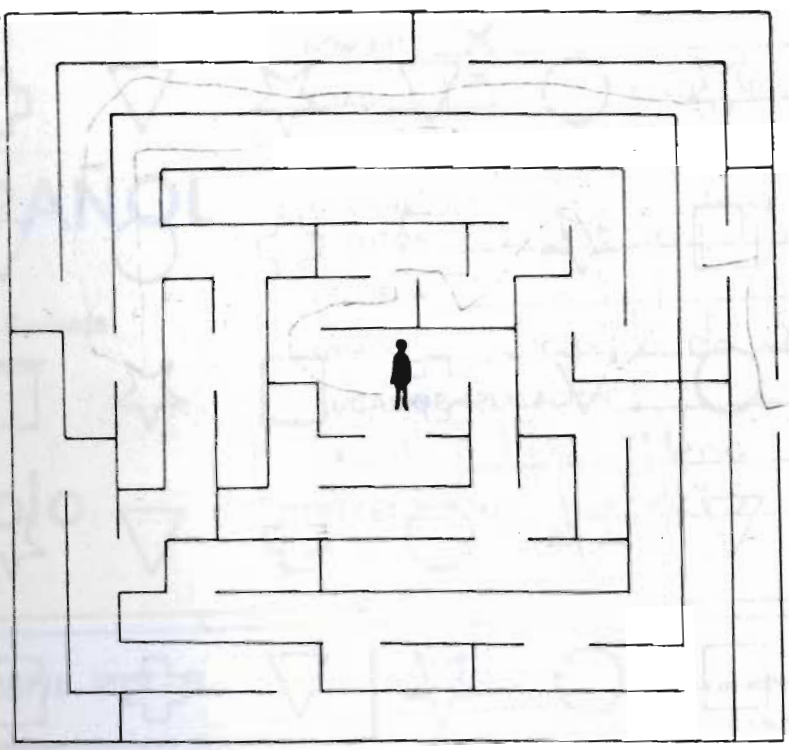


6

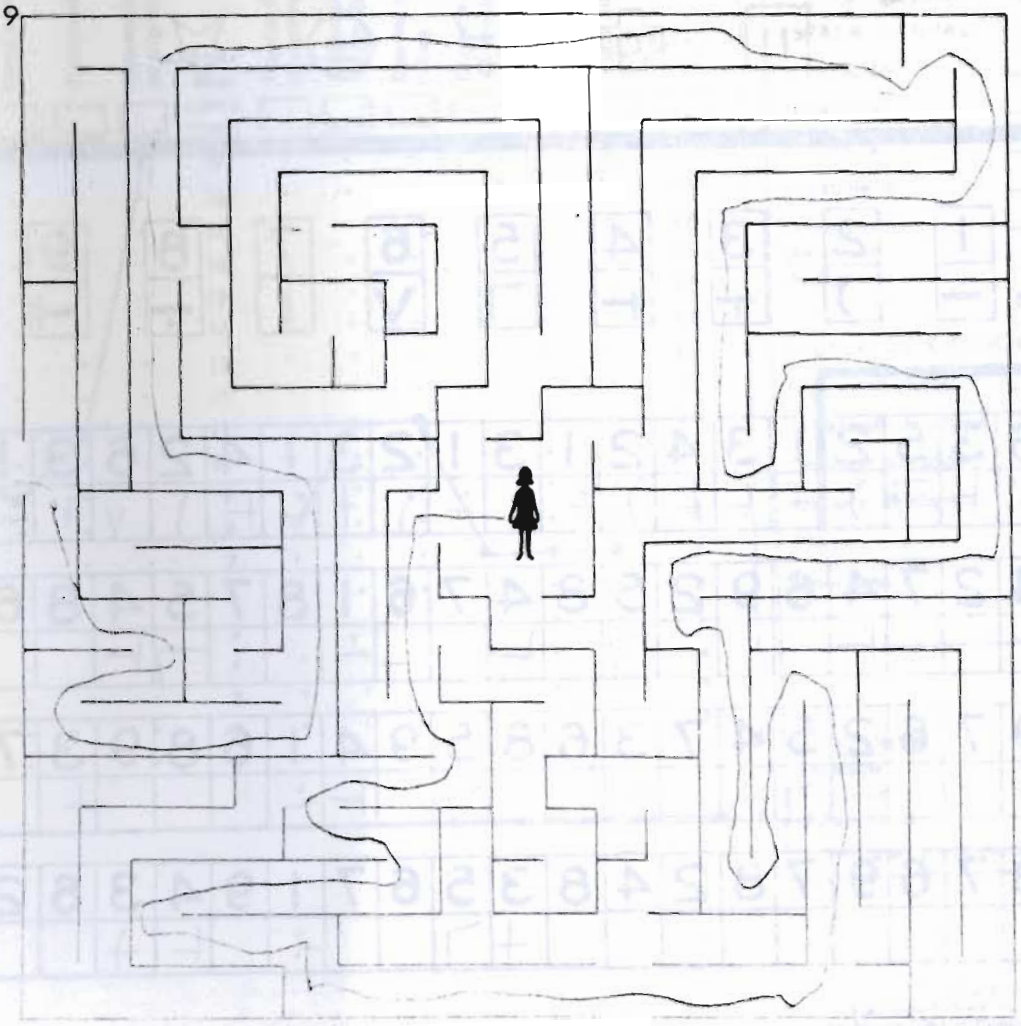


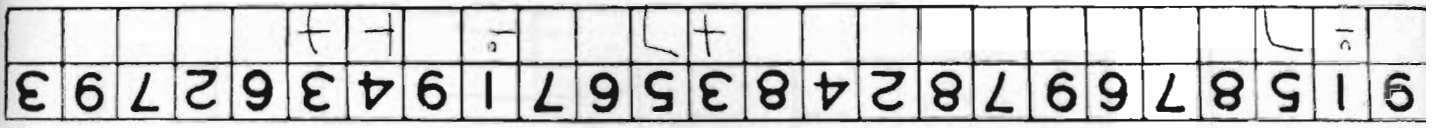
7

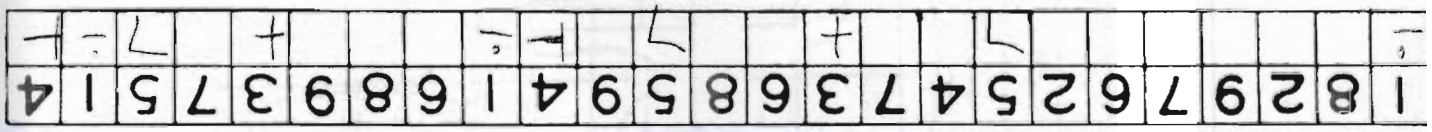
8

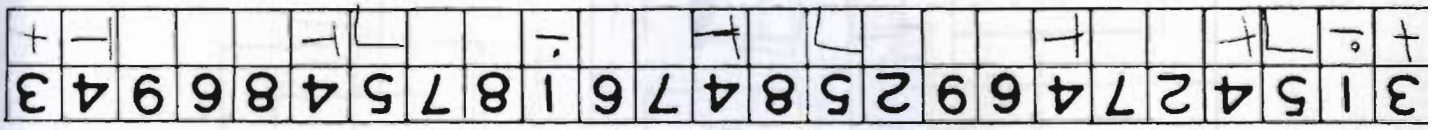


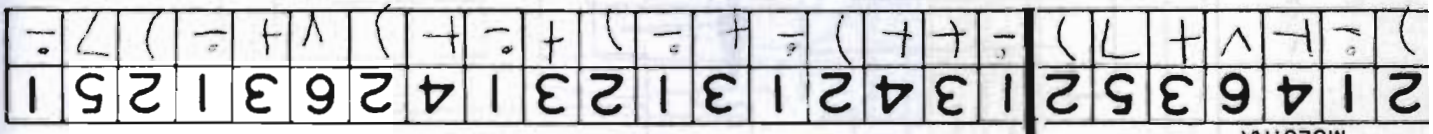
9

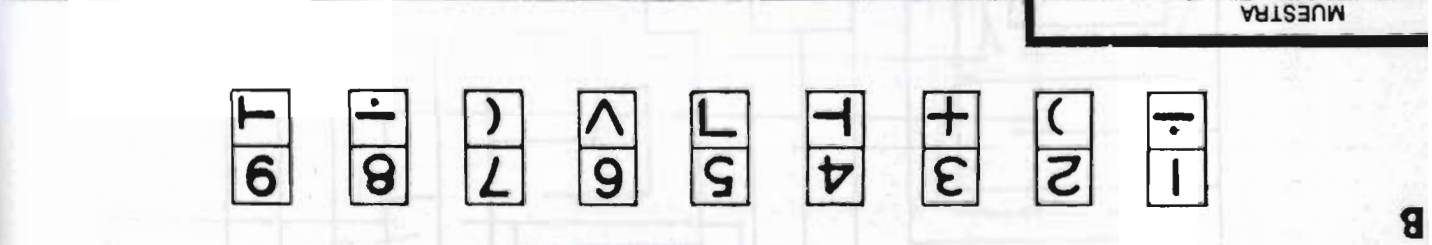








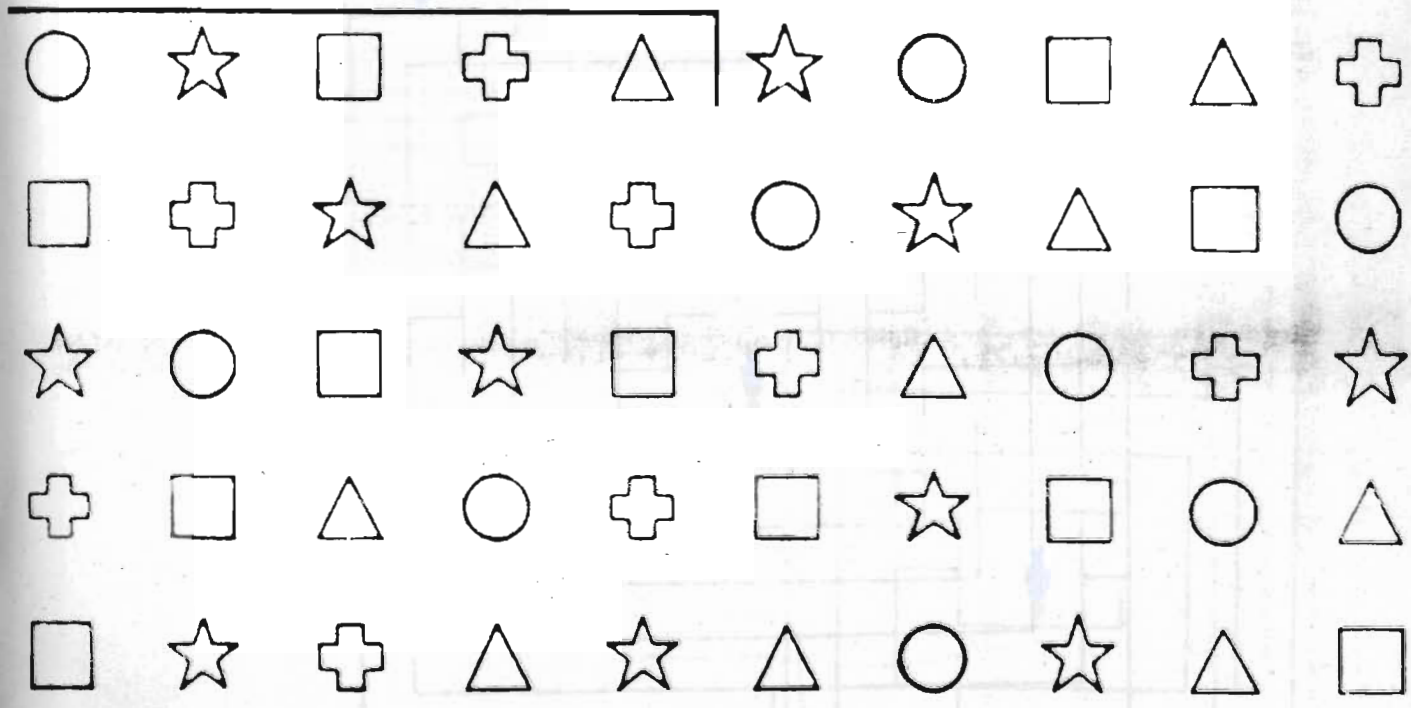




B

A

MUESTRA



T
-4

WISC-R—ESPAÑOL

Escala de Inteligencia Revisada para el Nivel Escolar

Protocolo

NOMBRE X

EDAD 13 SEXO Femenino

DIRECCIÓN

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR Lucrecia Martinez

ESCUELA

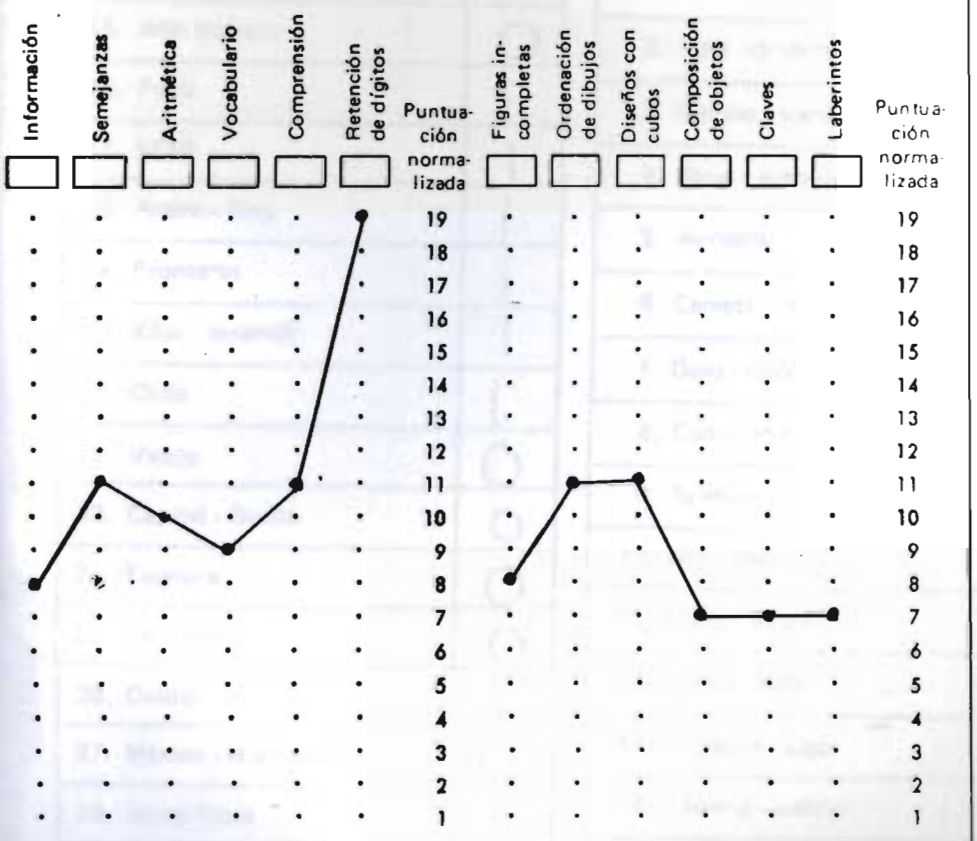
GRADO Segundo de Secundaria

LUGAR DE APLICACIÓN

APLICÓ Luz Mena Flores

REFERIDO POR Dirección del Colegio

PERFIL WISC-R



	Año	Mes	Día
Fecha de aplic.	2000	05	26
Fecha de nacim.	86	11	18
Edad	13	6	

	Puntuación natural	Puntuación normal
ESCALA VERBAL		
Información	16	8
Semejanzas	20	11
Aritmética	14	10
Vocabulario	38	9
Comprensión	26	11
(Retención de dígitos)	(25)	(19)
Suma		49
ESCALA DE EJECUCIÓN		
Figs. incompletas	19	8
Ordenación de dibujos	34	11
Diseños con cubos	42	11
Compos. de objetos	20	7
Claves	45	7
(Laberintos)	(20)	(7)
Suma		44

	Puntuación normal	CI
Escala Verbal	49 *	98
Escala de Ejecución	44 *	91
Escala Total	93	94

* Prorrateo si es necesario. Normal

VACIONES

0694

1. Dedo	
2. Orejas	
3. Patas	
4. Hervir - agua	
5. Veintes - peso	
6. Vaca	
7. Días - semana	\
8. Marzo	\
9. Jamón	\
10. Cosas - docena	\
11. Estaciones	\
12. América	\
13. Estómago	O
14. Sol	\
15. Año bisiesto	O
16. Foco	\
17. 1810	\
18. Aceite - flota	\
19. Fronteras	\
20. Kilos - tonelada	\
21. Chile	\
22. Vidrio	O
23. Capital - Grecia	O
24. Estatura	O
25. Barómetro	O
26. Oxidar	\
27. México - Monterrey	O
28. Jeroglíficos	\
29. Darwin	\
30. Aguarrás	O
	Máx. = 30
Total	16

8 16 años

	Punt 1 ó 0		
1. Peine	\	14. Naipe	
2. Muchacha	\	15. Niña corriendo	
3. Zorra	\	16. Saco	
4. Mano	\	17. Niño	
5. Gato	\	18. Tijeras	
6. Espejo	\	19. Niña	
7. Reloj	\	20. Tornillo	
8. Elefante	\	21. Vaca	
9. Escalera	\	22. Termómetro	
10. Cómoda	\	23. Casa	
11. Cinturón	\	24. Teléfono	
12. Cara	\	25. Perfil	
13. Puerta	O	26. Sombrilla	
			M
		Total	

C. SEMEJANZAS	Descontinuar después de 3 fracasos consecutivos	
1. Rueda - pelota		
2. Vela - lámpara		
3. Camiso - sombrero		
4. Piano - guitarra		
5. Manzana - plátano		Punt. 2,
6. Cerveza - vino		
7. Gato - ratón		
8. Codo - rodilla		
9. Teléfono - radio		
10. Kilo - metro		
11. Enojo - alegría		
12. Tijeras - sartén		
13. Montaña - lago		
14. Libertad - justicia		
15. Primero - último		
*16. 49 y 121		
17. Sol - agua		
		Máx
	Total	2

* Si el niño da una respuesta de 1 punto, diga: "¿En qué más se parecen los números 49 y 121?"

Ordenación	Tiempo	Orden	Puntuación (Encierre en un círculo la puntuación obtenida)
Báscula (EJEMPLO)			
1. Pelea 45''	1 / 2		0 — 1 BOX — (2) BOX
2. Día de campo 45''	1 14'' / 2		0 — 1 POLLO — (2) POLLO
3. Fuego 45''	1 13'' / 2		0 — 1 FUEGO — (2) FUEGO
4. Puente 45''	1 / 2 45'		0 — (1) IDEA — 2 IDEA
5. Ladrón 45''			0 — 16.45 3 — 11.15 (4) — 1.10 5 — LADRON
6. Dormilón 45''		DMCD	(0) — 16.45 3 — 11.15 4 — 1.10 5 — CAMA
7. Artista 45''			0 — 16.45 3 — 11.15 4 — 1.10 (5) — ARTE
8. Lazo 45''			0 — 16.45 3 — 11.15 4 — 1.10 (5) — ROBO
9. Lancha 60''			0 — 2 UMELLE — 21.60 (3) — 11.20 4 — 1.10 5 — MUELLE
10. Jardinero 60''			0 — 2 PSECA — 26.60 3 — 16.25 (4) — 1.15 5 — PESCA
11. Banca 60''			0 — 2 PEARG — 26.60 3 — 16.25 (4) — 1.15 5 — PEGAR
12. Lluvia 60''			0 — (2) MJOAR — 26.60 3 — 16.75 4 — 1.15 5 — MOJAR

* Dé un ejemplo igual que el primero.

Máx. = 48

Total 34

E. ARITMÉTICA

Descontinuar después de 3 fracasos consecutivos

Problema	Respuesta	Punt. 1 ó 0
1. 30''		1
*2. 30''		1
*3. 30''		1
4. 30''		1
5. 30''		1
6. 30''		1
7. 30''		1
8. 30''	14	1
9. 30''	7	1
10. 30''	24	1
11. 30''	27	1
12. 30''	10	0
13. 30''	9	1
14. 45''	10	1
15. 45''	18	1
16. 75''		0
17. 75''		
18. 75''		

* Problemas 2 y 3 se puntuan con medio punto, si el niño comete un error pero lo corrige dentro del tiempo límite.

† Redondee las medias puntuaciones.

Máx. = 18†

Total 14

F. DISEÑOS CON CUBOS

Descontinuar después de 2 fracasos consecutivos

8-16 años

Diseño	Tiempo	Pasa Fracasa	Puntuación (Encierre en un círculo la puntuación para cada diseño)
1. 45''	1 / 2		0 — 1 — (2)
2. 45''	1 / 2		0 — 1 — (2)
3. 45''	1 / 2		0 — 1 — (2)
4. 45''			0 — 21.45 4 — 16.20 (5) — 11.15 6
5. 75''			0 — 21.75 4 — 16.20 5 — 11.15 (6)
6. 75''			0 — 21.75 4 — 16.20 5 — 11.15 (6)
7. 75''			0 — 21.75 4 — 16.20 (5) — 11.15 6
8. 75''			0 — 26.75 4 — 21.25 5 — 16.20 (6)
9. 120''			0 — 56.120 (4) — 36.55 5 — 26.35 6
10. 120''			0 — 76.120 (4) — 56.75 5 — 41.55 6
11. 120''			(0) — 81.120 4 — 56.80 5 — 41.55 6

Máx. =

Total 4

1. Cuchillo	
2. Paraguas	
3. Reloj	
4. Sombrero	
5. Bicicleta	
6. Clavo	2
7. Abecedario	2
8. Burro	2
9. Ladrón	2
10. Juntar	2
11. Valiente	2
12. Diamante	1
13. Apostar	2
14. Disparate	1
15. Prevenir	2
16. Contagioso	2
17. Molestia	2
18. Fábula	2
19. Peligroso	2
20. Emigrar	1
21. Estrofa	1
22. Recluir	1
23. Escarabajo	2
24. Espionaje	1
25. Campanario	2
26. Rivalidad	1
27. Reforma	0
28. Impulsar	1
29. Aflicción	0
30. Demoler	1
31. Inminente	0
32. Dilatorio	1
Total	Máx. = 64 38

1. Cuchillo	
2. Paraguas	
3. Reloj	
4. Sombrero	
5. Bicicleta	
6. Clavo	2
7. Abecedario	2
8. Burro	2
9. Ladrón	2
10. Juntar	2
11. Valiente	2
12. Diamante	1
13. Apostar	2
14. Disparate	1
15. Prevenir	2
16. Contagioso	2
17. Molestia	2
18. Fábula	2
19. Peligroso	2
20. Emigrar	1
21. Estrofa	1
22. Recluir	1
23. Escarabajo	2
24. Espionaje	1
25. Campanario	2
26. Rivalidad	1
27. Reforma	0
28. Impulsar	1
29. Aflicción	0
30. Demoler	1
31. Inminente	0
32. Dilatorio	1
Total	Máx. = 64 38

H. COMPOSICIÓN DE OBJETOS

Aplíquese completamente a todos los niños

Objeto	Tiempo	No. de piezas correctamente unidas	Multiplicar por	Puntuación (Encierre en un círculo la puntuación apropiada)									
Manzana (MUESTRA)													
1. Niña 120''		(0-6)	1	0	1	2	3	4	5	31-120 6	21-30 7	1-20 (8) ENSAMBLE PERFECTO	
2. Caballo 150''		(0-5)	1	0	1	2	3	4	36-150 (5)	21-35 6	16-20 7	1-15 8 ENSAMBLE PERFECTO	
3. Coche 150''		(0-9)	½ *	0	(1)	2	3	4	51-150 5	36-50 6	26-35 7	1-25 8 ENSAMBLE PERFECTO	
4. Cara 180''		(0-12)	½ *	0	1	2	3	4	5	76-180 (6)	51-75 7	36-50 8	1-35 9 ENSAMBLE PERFECTO

* Redondee las medias puntuaciones

Máx. = 33

Total 20

I. COMPRENSIÓN

Descontinuar después de 4 fracasos consecutivos

	Punt. 2, 1 ó 0
1. Cortar-dedo	2
2. Cartera - tienda	1
*3. Humo - vecina	2
*4. Policías	2
5. Perder - pelota (muñeca)	1
6. Pelea	1
*7. Casa - ladrillo - madera	2
*8. Coches - placas	2
*9. Criminales	2
10. Timbres - cartas	2
11. Inspección - carne	2
*12. Ayuda social	1
13. Voto - secreto	2
*14. Libros - pasta	1
15. Promesa	1
*16. Algodón	1
*17. Senadores	1

* Si el niño responde sólo una idea, pedirle una segunda respuesta. Cambie adecuadamente la pregunta, diciendo: "Dime otra cosa que podrías hacer (el por qué, o la ventaja)".

Máx. = 34

Total 26

J. CLAVES

		Tiempo	Punt.
A (Para niños menores de 8 años)	120''	95''	(0-50)
B (Para niños mayoes de 8 años)	120''		(0-93)

CLAVES A
Puntuaciones que incluyen bonificación de tiempo por perfecta ejecución

Tiempo en segundos	Puntuación
111-120	45
101-110	46
91-100	47
81-90	48
71-80	49
1-70	50

K. RETENCIÓN DE DÍGITOS (Complementaria)

Descontinuar después de fracasar con ambos intentos
Aplíquense ambos ensayos para cada reactivo, aunque el niño pase el primer ensayo

ORDEN PROGRESIVO (OP)	Ensayo 1	Pasa Fracasa	Ensayo 2	Pasa Fracasa	Punt 2, 1 ó 0
1.	3-8-6	2	6-1-2	2	
2.	3-4-1-7	2	6-1-5-8	2	
3.	8-4-2-3-9	1	5-2-1-8-6	1	
4.	3-8-9-1-7-4	1	7-9-6-4-8-3	0	
5.	5-1-7-4-2-3-8	0	9-8-5-2-1-6-3	0	
6.	1-6-4-5-9-7-6-3	0	2-9-7-6-3-1-5-4	0	
7.	5-3-8-7-1-2-4-6-9	0	4-2-6-9-1-7-8-3-5	0	

Aplíquese dígitos en orden inverso, aunque el niño puntúe 0 en orden progresivo

Total (OP) Máx. = 14: 15

ORDEN INVERSO (OI)	Ensayo 1	Pasa Fracasa	Ensayo 2	Pasa Fracasa	Punt. 2, 1 ó 0
1.	2-5	2	6-3	2	
2.	5-7-4	2	2-5-9	2	
3.	7-2-9-6	1	8-4-9-3	1	
4.	4-1-3-5-7	0	9-7-8-5-2	0	
5.	1-6-5-2-9-8	0	3-6-7-1-9-4	0	
6.	8-5-9-2-3-4-2	0	4-5-7-9-2-8-1	0	
7.	6-9-1-6-3-2-5-8	0	3-1-7-9-5-4-8-2	0	

Total (OI) Máx. = 14: 10

(OP)	(OI)	Total (Máx. = 28)
15 +	10 =	25

L. LABERINTOS (Complementaria)

Descontinuar después de 2 fracasos consecutivos

Laberinto		Errores Máximos	Errores	Puntuación (Encierre la puntuación apropiada)
MUESTRA				
1.	30"	1		0 — 1 Error 1 — 0 Errores 2
2.	30"	1		0 — 1 Error 1 — 0 Errores 2
3.	30"	1		0 — 1 Error 1 — 0 Errores 2
4.	30"	2		0 — 2 Errores 1 — 1 Error 2 — 0 Errores 3
5.	45"	2		0 — 2 Errores 1 — 1 Error 2 — 0 Errores 3
6.	60"	3		0 — 3 Errores 1 — 2 Errores 2 — 1 Error 3 — 0 Errores 4
7.	120"	3		0 — 3 Errores 1 — 2 Errores 2 — 1 Error 3 — 0 Errores 4
8.	120"	4		0 — 4 Errores 1 — 3 Errores 2 — 2 Errores 3 — 1 Error 4 — 0 Errores 5
9.	150"	4		0 — 4 Errores 1 — 3 Errores 2 — 2 Errores 3 — 1 Error 4 — 0 Errores 5

Total Máx. = 30: 24