

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

El Psicodiagnóstico en la valoración psicológica

Autor: Sandra María Villegas Castillo

**Tesina presentada para obtener el título de:
Licenciado en Psicología
Nombre del asesor:
Matilde Sakruka Cohen**

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

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

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





M.R.

UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“EL PSICODIAGNOSTICO EN LA VALORACIÓN PSICOLÓGICA”

TESINA

que para obtener el grado de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA

SANDRA MARIA VILLEGAS CASTILLO

ASESOR DE TESINA: DRA. MATILDE SAKRUKA COHEN



DE 020 SEP

CLAVE: 16PSU0004J

98

CAVALA

T2373

MORELIA, MICHOACAN. OCTUBRE DE 1998



M.R.

UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“EL PSICODIAGNOSTICO EN LA VALORACIÓN PSICOLÓGICA”

TESINA

que para obtener el grado de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA

SANDRA MARIA VILLEGAS CASTILLO

ASESOR DE TESINA: DRA. MATILDE SAKRUKA COHEN

RVOE 020 SEP

CLAVE: 16PSU0004J



MORELIA, MICHOACAN. OCTUBRE DE 1998

...Para Checo, Paco y Luis



Agradexco a Dios Padre por permitirme andar por este mundo y recorrer sus maravillas topándome constantemente con otros, cuya presencia es toda una experiencia.

Doy gracias a mis padres por su paciencia y a mis hermanos por esa fuerza interna que siempre me motiva.

A todos mis amigos, por serlo, y al Dr. Emilio Peñafiel por todo lo anterior.

Gracias.



INDICE

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
CAPITULO 1	
MARCO TEORICO	5
<i>I.- Bases Teóricas Para el Psicodiagnóstico de Depresión Infantil</i>	
1.-DEFINICION DE DEPRESION INFANTIL	6
2.-SINTOMATOLOGIA DE LA DEPRESION INFANTIL	7
A) Trastornos Somáticos	7
B) Trastornos Intelectuales	8
C) Trastornos de la Conducta	8
D) Trastornos de la Afectividad	8
E) Trastornos en las Relaciones Sociales	9
3.- CUADRO CLINICO DE LA DEPRESION INFANTIL	10
4.- CLASIFICACION DE LA DEPRESION INFANTIL	11
5.- CAUSAS DE LA DEPRESION INFANTIL	13
6.- PSICODINAMIA DE LA DEPRESION INFANTIL	14
7.- DIAGNOSTICO DE LA DE PRESION INFANTIL	16
8.- CURSO Y PRONOSTICO DE LA DEPRESION INFANTIL	16
<i>II.- Bases Teóricas Para el Psicodiagnóstico de Esquizofrenia</i>	
1.-DEFINICION DE ESQUIZOFRENIA	17
2.-SINTOMATOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA	18
A) Alteraciones del Lenguaje y la Comunicación	19
B) Trastornos del Contenido del Pensamiento	20
C)Trastornos de la Percepción	20
D)Trastornos del Afecto	21
E) Trastornos en el Sentido del Ser	21
F) Trastornos de la Voluntad	21
G) Trastornos de las Relaciones Con el Mundo Exterior	21
H) Ocurrencia de los Síntomas	22
3.- CUADRO CLINICO DE LA ESQUIZOFRENIA	22
4.- PSICODINAMIA DE LA ESQUIZOFRENIA	22
5.-CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA SEGUN DSM-IV	25
6.- ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	27
7.- CURSO Y PRONOSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA	28

DELIMITACION DE SIGNIFICADO DE TERMINOS	29
IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	30
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	32

CAPITULO 2

METODOLOGIA	33
I. TECNICAS	34
II. SUJETOS Y ESCENARIO	34
III. MATERIAL	35
1) Los Tests Psicológicos	37
A) Definición de Test Mental	37
B) Historia de los Tests	37
C) Cualidades de los Tests	40
D) Clasificación de los Tests	41
E) Descripción del Test de Inteligencia Army Beta II-R	42
F) Descripción del Test de Matrices Progresivas de Raven	42
G) Descripción del Test Guestáltico de Loretta Bender	43
H) Descripción del Test Casa Arbol Persona	44
I) Descripción del Test de Apercepción Infantil CAT-A	45
J) Descripción del Test de Rorschach	45

CAPITULO 3

PROCEDIMIENTO	47
----------------------	-----------

CASO 1

A) Historia Clínica	50
I.- Ficha de Identificación	50
II.- Motivo de Consulta	50
III.- Problema Actual	50
IV.- Historia Familiar	51
V.- Historia del Desarrollo	52
B) Aplicación de los Tests	53
I.- Protocolo del Raven	53
II.- Protocolo del WISC-R	54
III.- Bender	55
IV.- SACKS	56

V.- C.A.T.	58
VI.- Dibujo del Machover	60
VII.- Dibujo HTP	62
VIII.- Dibujo de la Familia	63
IX.- Figura Bajo la Lluvia	64
X.- Dibujo Libre	65

CASO 2

A) Historia Clínica	67
I.- Ficha de Identificación	67
II.- Motivo de Consulta	67
III.- Padecimiento o Problema Actual	68
IV.- Area Familiar	69
V.- Datos Evolutivos	71
VI.- Adolescencia	71
VII.- Area Escolar	71
VIII.- Area Laboral	72
IX.- Relaciones Interpersonales	72
X.- Area Sexual	72
XI.- Vida Marital	73
XII.- Farmacodependencia	73
XIII.- Comportamiento Antisocial	73
XIV.- Examen Mental	74
XV.- Diagnóstico Descriptivo	75
XVI.- Diagnóstico Nosológico Principal	76
XVII.- Pronóstico	76
XVIII.- Tratamiento	76
B) Aplicación de los Tests	77
I.- Protocolo del Army Beta II-R	77
II.- Bender	78
III.- SACKS	79
IV.- Dibujo del H.T.P.	81
V.- Dibujo del Machover	82
VI.- Dibujo de la Familia	84
VII.- Hoja de Respuestas del Rorschach	85

CAPITULO 4

ANALISIS DE RESULTADOS 87

A) Interpretación de los Tests

CASO 1

I.- Interpretación del Raven	89
II.- Interpretación del WISC-R	89
III.- Interpretación del Bender	89
IV.- Interpretación del SACKS	89
V.- Interpretación del C.A.T.	90
VI.- Interpretación del Machover	90
VII.- Interpretación del HTP	90
VIII.- Interpretación del Dibujo de la Familia	91
IX.- Interpretación del Dibujo Figura Bajo la Lluvia	91
 <i>Reporte de la Evaluación Psicológica</i>	 92
I.- Area Cognoscitiva	92
II.- Area Sensorio-Motriz	92
III.- Area Afectivo-Social	93
IV.- Diagnóstico	93
V.- Pronóstico y Recomendaciones de Tratamiento	93

CASO 2

I.- Interpretación del Army Beta II-R	95
II.- Interpretación del Bender	95
III.- Interpretación del SACKS	95
IV.- Interpretación del HTP	95
V.- Interpretación del Rorschach	96
 <i>Reporte de la Evaluación Psicológica</i>	 97

CAPITULO 5

SUMARIO, CONCLUSIONES, Y RECOMENDACIONES 98

BIBLIOGRAFIA 102

NOTAS BIBLIOGRAFICAS 103

INTRODUCCION

Actualmente, los cambios y avances que se logran en la ciencia están marcados por un ritmo muy acelerado, lo cual nos lleva a reflexionar sobre la gran importancia de mantenernos actualizados e informados dentro de nuestra profesión. La asistencia a congresos nos permite conocer las investigaciones realizadas, los avances y cambios dentro de la psicoterapia así como lo mas actual en cada una de las áreas de la psicología clínica.

Como psicólogos, es fundamental el mantener un vínculo con los cambios y novedades que van surgiendo dentro del psicodiagnóstico. En mi caso en particular, el asistir a este Diplomado de Actualización en Psicodiagnóstico me ha permitido reafirmar conocimientos así como adquirir otros nuevos.

El uso de los tests como herramienta para el psicodiagnóstico, es de gran importancia, ya que se requiere de muchos elementos para poderse dar con exactitud y seguridad, los tests son importantes ya que arrojan datos básicos que dan lugar a la identificación de rasgos de carácter que permiten describir al paciente y determinar con mayor precisión qué es lo que lo aflige, por qué, de qué forma, así como los posibles resultados y consecuencias de él continuar con una u otra conducta.

Otro instrumento fundamental es la historia clínica que también proporciona bases sólidas que aunada con los resultados de los tests nos da una visión mas clara o al menos un camino mas definido para llegar al diagnóstico.

En este trabajo se presentan, en primer instancia, dentro del *MARCO TEORICO*, las bases bibliográficas que apoyan al psicodiagnóstico obtenido como resultado de las técnicas e instrumentos empleados. Posteriormente, en el segundo capítulo, *METODOLOGIA* se describe detalladamente en el apartado de *MATERIAL*, los tests aplicados y se da una breve reseña de los tests mentales. En el tercer capítulo titulado *PROCEDIMIENTO* se presentan dos casos junto con sus respectivas historias clínicas y los resultados de los tests aplicados. El cuarto capítulo *ANALISIS DE RESULTADOS*, contiene la interpretación e integración de los tests que dan pie al pronóstico, tratamiento y las conclusiones de cada caso.

El método empleado es en gran medida, el resultado de los conocimientos adquiridos a lo largo del Diplomado, y este trabajo ilustra la forma en que se llega al psicodiagnóstico a través del uso de la entrevista y los

tests que hasta ahora han resultado ser el método mas eficaz y científico. Además recalca la importancia de la actualización dentro de esta área de trabajo.

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION PROPUESTA

La presente investigación surge como un requisito académico para finalizar el Diplomado de Actualización en Psicodiagnóstico impartido por la Universidad Vasco de Quiroga, siendo este a la vez uno de los medios para poder obtener el título de Licenciada en Psicología después de haber cursado la licenciatura. Esta vía de titulación permite reafirmar los conocimientos adquiridos a lo largo de la licenciatura en cuanto al proceso de obtención del diagnóstico de cualquier caso que se presentara a consulta o para una valoración psicológica, haciendo uso fundamental de las herramientas básicas para el psicodiagnóstico que son los tests psicológicos y la entrevista. El uso del DSM-IV también es de gran importancia para lograr establecer un psicodiagnóstico acertado y universal.

El psicólogo requiere de estar constantemente actualizándose en su campo y el cursar este diplomado brinda la oportunidad al clínico de revisar sus métodos y procedimientos de trabajo para la obtención del psicodiagnóstico y la realización de esta investigación permite evaluar su trabajo y los conocimientos adquiridos o reafirmados, pues la labor del psicólogo clínico requiere de una constante revisión y supervisión tanto a nivel personal como de forma externa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este trabajo se estudiaron dos casos. El primero es de un niño que manifiesta síntomas que podrían llevar a un diagnóstico de un problema de déficit de atención con hiperactividad. Un diagnóstico comunmente dado en las escuelas, pero al profundizar mas en su historia de vida y su adaptación actual de encuentra un cuadro claro de depresión infantil por una pérdida temprana de una figura importante. De esto parto para plantear la siguiente pregunta:

¿En que casos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad puede encubrirse un diagnóstico mas definido de depresión infantil?

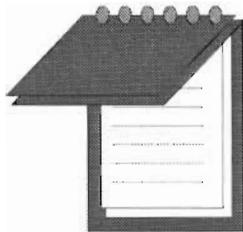
El segundo caso es de un adulto con un trastorno esquizofrénico, lo cual indica en sí que es un caso que requiere de atención psiquiátrica, pero lo importante es que este caso se presentó en un Centro de Atención Psicológica y el paciente manifiesta como causante de su enfermedad el consumo de drogas. Posteriormente se encuentra que el trastorno en cuestión corresponde a una esquizofrenia de tipo paranoide por lo cual considero de gran importancia el identificar y derivar estos casos cuando se presentan o bien trabajar interdisciplinariamente con un psiquiatra. La pregunta en este caso sería:

¿Puede el consumo de drogas desencadenar un cuadro esquizofrénico y como se identifica el mismo?

En ambos casos sobresale la importancia de contar con las herramientas necesarias para el psicodiagnóstico y de tener ojo clínico, lo cual únicamente se adquiere a base de experiencia y estudio. Buscaremos dar respuesta a estas preguntas.

Capítulo 1

MARCO TEORICO FUNDAMENTACION TEORICA DEL PSICODIAGNOSTICO



DX

A continuación se dará una descripción y explicación sobre lo que es la depresión infantil como apoyo teórico para el psicodiagnóstico que se asignó al primer caso con base en las características del mismo, como podrá corroborarse en el Capítulo 3 titulado "Procedimiento" así como en el "Análisis de los Resultados" del Capítulo 4.

1.- Bases Teóricas Para el Psicodiagnóstico de Depresión Infantil

En 1917, Freud en su obra "Duelo y Melancolía" señala que la depresión es el modo de reaccionar a un objeto ambivalente y a su introyección.

Respecto a lo que se refiere a la depresión infantil tenemos que entre los primeros investigadores sobre el tema se encuentra René Spitz, quien en 1964, en sus estudios sobre la depresión anaclítica observó aislamiento del lactante, llanto, tristeza, pérdida de apetito, insomnio, etc., que se observan entre los seis y los doce meses de edad como consecuencia de la separación de quien se encargaba de atenderlo por un tiempo prolongado.

1.- DEFINICION DE DEPRESION INFANTIL

La depresión infantil es un trastorno anímico que se da en la infancia donde se presenta un estado de infelicidad, tristeza, sentimiento de desamparo, soledad, nostalgia, sentimiento de adecuación, baja autoestima, desánimo, como una reacción ante la privación, pérdida de un enlace afectivo o las tensiones de la vida que persiste durante largo tiempo interfiriendo en el funcionamiento adecuado del niño.

"Estos niños se ven tristes o infelices, a menudo se aíslan de la sociedad y manifiestan que nadie los quiere. Los niños deprimidos poseen una concepción negativa de sí mismos. Se describen como "tontos" e "insignificantes" o emplean términos degradantes que expresan falta de bondad, incapacidad o disgusto. A menudo les cuesta trabajo controlar sus impulsos agresivos. Muchos de estos niños lo manifiestan con peleas, golpes u otras acciones destructivas contra personas u objetos. También tienden a burlarse de los demás. A la depresión infantil se le caracteriza por un estado de ánimo triste y melancólico, pérdida de interés por las actividades que antes les gustaban, disminución de la actividad física, cambios en el apetito y el sueño, sentimientos de culpa, pensamientos de muerte o suicidio, y disminución de la autoestima. En algunos casos, los niños deprimidos pueden presentar síntomas físicos como dolores de cabeza, dolores de estómago o problemas de salud que no se pueden explicar por causas orgánicas. La depresión infantil puede ser tratada con terapia psicológica y, en algunos casos, con medicamentos. Es importante que los padres y los profesionales de la salud estén atentos a los signos y síntomas de depresión infantil y busquen ayuda profesional a tiempo para evitar complicaciones a largo plazo.

Los niños deprimidos tienen tendencia a expresar la ansiedad ante la separación y ante el hecho de estar demasiado apegados a alguien, no quieren ir a la escuela y tienen miedo de que los padres mueran.

Si se compara con depresión en adultos se pueden encontrar pocas diferencias como lo son la enuresis y la defecación en público, en los niños al igual que en los adultos, se ha encontrado una pérdida de autoestima asociada a sentimientos de culpabilidad y ambivalencia a las personas amadas. La inhibición en el área psicomotora y la agitación son menos que en los adultos.

La depresión infantil también puede presentarse de manera *enmascarada* o encubierta. La depresión enmascarada se manifiesta cuando el niño se vuelve hiperactivo, agresivo, disminuye su rendimiento escolar, hay desórdenes somáticos y trastornos alimenticios.

2.- SINTOMATOLOGIA DE LA DEPRESION INFANTIL

El estado depresivo se caracteriza por varios síntomas, principalmente: la tristeza, la inhibición y el sentimiento de culpa. Existen otros síntomas importantes como los trastornos que a continuación se mencionan²:

A) TRASTORNOS SOMATICOS

Síntomas de Base Somática:

- Insomnio
- Jaquecas
- Hipertensión
- Enuresis
- Anorexia
- Onicofagia
- Cefaleas
- Obesidad
- Colitis ulcerosa
- Somnolencia

Quejas Hipocondriacas:

- Dolores abdominales
- Dolor de garganta
- Trastornos del apetito
- Chupeteo

B) TRASTORNOS INTELECTUALES

- Alta sensibilidad
- Pérdida de la memoria
- Distorsiones
- Confusión
- Lentitud en el actuar y en el actuar
- Rendimiento escolar deficiente
- Pensamientos suicidas
- Pasividad o resistencia pasiva contra el estudio

C) TRASTORNOS DE LA CONDUCTA

- Defecación en público
- Fatiga
- Retraimiento
- Inhibición psicomotriz
- Abandono de actividades favoritas
- Se reconcentra en su sufrimiento
- Empatía exagerada
- Falta de atención al aspecto personal
- Autoerotismo excesivo
- Falta de energía
- Dificultades de contacto
- Frecuentes actos de rebeldía
- Propensión a los accidentes
- Euforia
- Inquietud continua

D) TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

- Tristeza
- Aislamiento
- Concepto negativo de sí mismo
- Falta de entusiasmo
- Sentimiento de inferioridad
- Escaso interés hacia el entorno
- Infelicidad
- Siente que nadie lo quiere
- Baja autoestima
- Irritabilidad
- Semblante triste
- Agitación

- Sentimiento de desamparo
- Soledad
- Sentimiento de inadecuación
- Actitud taciturna
- Retraimiento
- Se describen negativamente
- Dificultad para controlar sus impulsos agresivos
- Manía
- Nostalgia
- Llanto
- Actitud molesta
- Rebeldía
- Ambivalencia hacia las personas amadas
- Falta de capacidad para sentir placer realizando su maldad, fracaso o asco

E) TRASTORNOS EN LAS RELACIONES SOCIALES

- Realización de actos destructivos contra persona u objetos
- Molestar a compañeros
- temores de sí mismo o de los padres
- Grados variables de dificultad para la adaptación escolar
- Vacilación entre la adhesión a los padres y hostilidad irracional hacia ellos
- Abandono de relaciones con personas preferidas
- Dificultades en la escuela
- Intentos de escapar de casa
- Elude el juego
- Elude las actividades en grupo
- Deja de ir a clase
- Problemas de disciplina en la escuela

3.- CUADRO CLINICO

El cuadro de la depresión enmascarada no se presenta en forma clara reconocible ya que ocultan un fondo verdaderamente depresivo.

La depresión enmascarada "es en un sentido amplio todos aquellos cuadros en que no pueden observarse los usuales síntomas psíquicos de la depresión, pero que por determinados indicios más o menos indirectos delatan su pertenencia al círculo depresivo"³

Los síntomas son variados e inespecíficos, a la vez menos restrictivos y mas vagos que en el adulto. Los síntomas son los siguientes:

- *Trastornos del carácter y del comportamiento:*

Son frecuentemente señalados como único signo clínico. Siendo así que el niño era ordinario, tranquilo y alegre, después se vuelve irritable, provocante, colérico y fanfarrón, así el niño puede volverse hiperactivo, agresivo, incluso llega a cometer actos delictivos y puede llegar al consumo del alcohol y las drogas. La explosión agresiva podría tener una función de defensa y protección contra la emergencia de sentimientos depresivos, pero la culpabilidad aumenta el sentimiento de no ser amado. En algunos casos, la depresión se oculta detrás de una verdadera agitación hipomaniaca. También es importante mencionar que algunos niños se critican demasiado e intentan fugarse del hogar.

En un estudio realizado por René Spitz en donde se observaron a 123 bebés en una guardería durante 18 meses. Al estar separados de sus madres por un tiempo mayor a un mes, comenzaron a tener poca expresión en el rostro, ya no sonreían y lloraban al entrar en contacto con adultos, hubo disminución en el apetito y el peso corporal. Otra característica importante es que jugaban con sus heces y recurrían a la estimulación genital y oral. A este síndrome le nombró "depresión anaclítica", el cual tuvo una duración de tres meses aproximadamente.⁴

- Disminución del rendimiento escolar:

Es notorio en un alumno que hasta entonces se mostraba normalmente dotado. Así mismo se ha destacado la relación existente entre la fobia escolar y la depresión.

- Desórdenes somáticos:

Se ha llamado la atención sobre la relación que existe entre el asma bronquial, cefaleas, obesidad, colitis ulcerosa, dolores abdominales y depresión.

- Trastornos en el aprendizaje del control esfinteriano y dificultades alimentarias:

En todos los casos hay una modificación evidente del comportamiento habitual del niño y la presencia prácticamente constante de los siguientes factores (aunque pueden pasar inadvertidos):

- Períodos breves de depresión manifiesta.
- Una tonalidad depresiva permanente pero poco intensa.
- Interés, así como hablar frecuentemente de la muerte, abandono, soledad, incapacidad, autodesvalorización y culpabilidad.

4.- CLASIFICACION DE LA DEPRESION INFANTIL

Las depresiones de la infancia se clasifican en⁵:

I. Asociada con enfermedades orgánicas.

A) Como parte del proceso patológico

1. Leucemia.
2. Procesos degenerativos.
3. Enfermedades infecciosas.

4. Enfermedades metabólicas: enfermedad pituitaria, diabetes juvenil, enfermedad tiroidea, etc.
 5. Deficiencias nutricionales o vitamínicas.
- B) Secundaria a un proceso orgánico.

II. Síndromes de privación.

Respuesta a situaciones reales de empobrecimiento o falta de gratificación ambiental.

- A) Depresiones anaclíticas

III. Síndromes asociados con problemas de individuación.

- A) Dificultades en el proceso de separación-individuación.

Fobias escolares con componentes depresivos.

IV. Tipos de períodos de latencia.

- A) Asociados con una pérdida objetal.
- B) No consecución de ideales inalcanzables.
- C) Equivalentes depresivos (depresión sin afecto depresivo)
1. Somatización (patrones hipocondríacos)
 2. Hiperactividad.
 3. Acting out.
 4. Reacciones depresivas retardadas.
 - a. Duelo pospuesto
 - b. Reacción de postergación de procesos de sobre idealización.
 5. Trastornos alimentarios (síndromes de obesidad).

V. Tipos de la Adolescencia.

- A. Labilidad anímica en el proceso de desarrollo.
- B. Reacción a una pérdida actual.
- C. Duelo no resuelto por pérdidas actuales.
- D. Pérdidas tempranas ("traumas") enfrentadas ahora por el yo.
- E. Depresiones con el acting out.
- F. Esquizofrenias con predominio de componentes afectivos.
- G. Continuación de tipos anteriores (I, IV).

El "***Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV***" (DSM-IV) no proporciona una clasificación específica para la Depresión Infantil.

Para el trastorno depresivo mayor los criterios del DSM-IV incluyen aspectos específicos para los menores. El más significativo en los niños es la ansiedad. En los criterios de los trastornos bipolares no hay indicación alguna que especifique su presencia en los menores, lo cual nos lleva a concluir que este trastorno podría ser fácilmente ignorado y diagnosticado con poca frecuencia a pesar de su presencia.

5.- CAUSAS DE LA DEPRESION INFANTIL

I. Desencadenantes Psicosociales.

a) Pérdida de personas importantes

Las diversas teorías sobre la depresión en el niño se han basado en el concepto de pérdida o separación de un objeto amado. En la etiología de los estados depresivos se considera el impacto producido por la separación, cambio o pérdida de la figura materna, que provoca diferentes grados de interrupción y de desorganización del desarrollo evolutivo del niño. La pérdida pudo haber tenido lugar o ser inminente, como en

las reacciones depresivas que se presentan en anticipación a la muerte de un progenitor. La pérdida ha de ser de alguien muy importante para el paciente.⁶

El divorcio, la separación, ausencia de los padres durante meses, en cuyo caso la atención la proporcionan tutores indiferentes, la muerte de uno de los padres o sustituto importante, o la pérdida repentina del interés en el niño por parte de los padres son frecuentes en las familias en los cuales se observan niños deprimidos.

Dentro del síndrome de depresión anaclítica, estudiado por Spitz, se encontró que no todos los niños que fueron separados de sus madres a temprana edad sufrieron este padecimiento, por lo tanto, la separación de la madre es necesaria pero no una causa suficiente para que se de este síndrome.⁷

b) Desprecio y rechazo.

Los padres tienen dificultades en su personalidad que se expresan en explosiones de ira, berrinches o crítica, así como grados variantes de distanciamiento emocional de los hijos.

Hay niños que son abandonados, rechazados, librados a sí mismos prematuramente, descuidados, maltratados y menospreciados.

Hay padres que se separan y divorcian y el hogar destruido ya no ofrece al niño su apoyo emocional cuando más lo necesita.

c) Trastornos afectivos de los padres.

La incidencia de la familia en las depresiones se manifiesta además, por la existencia de estados similares en los padres, que inducen aun sin quererlo situaciones depresivas en sus hijos.

El cuadro depresivo en uno de los progenitores puede afectar al niño, por identificación con el cuadro adulto, o por la mala atención recibida de un padre o de una madre con una capacidad afectiva disminuída.

6.- PSICODINAMIA DE LA DEPRESION INFANTIL

La depresión "es la respuesta a la pérdida de un objeto o relación valiosa para el individuo. Es normal cuando la relación ocurre claramente en relación con circunstancias externas y solo persiste hasta que el sujeto logra un nuevo ajuste o transacción. Su psicodinámia no difiere básicamente de la del luto o duelo. En la depresión neurótica, la pérdida de confianza, el desaliento, el desinterés, la perturbación del apetito, del sueño, la

disminución de energía aparecen como desproporcionadamente intensos en relación con una frustración que no es tan obvia o que ni siquiera es discernible".⁸

Tanto la ansiedad como la depresión son adecuados en condiciones de abandono y de peligro, pero ambas pueden volverse anormales cuando se dan en circunstancias inadecuadas, cuando persisten durante un tiempo excesivo o cuando el niño es incapaz de realizar una adaptación a ellas apropiadas desde el punto de vista del desarrollo. La regresión es un mecanismo de elección en la depresión, con sus sentimientos nucleares de valor nulo y desesperación.

Las otras defensas movilizadas contra el peligro de su emergencia incluyen la neurosis obsesivo-compulsivo, que compensa mágicamente la pérdida de la autoestima, la inversión de la afectividad, caracterizada por excitación y payasadas, identificación con los objetos realizados, las activaciones en forma de delincuencia y el desarrollo de trastornos psicofisiológicos. Todas estas defensas son medios para combatir la experiencia pasiva de la desesperación.⁹

En el niño, durante el primer año de vida únicamente cuenta con el ello y un yo aun débil. La debilidad del yo lo hace especialmente vulnerable ante la pérdida del objeto amado, pero por esta misma condición tiene una mejor capacidad para adaptarse a un nuevo objeto, no así en el adulto. Un trauma en un adulto lo lleva a una regresión a una etapa donde hubo fijación, en cambio, un niño de escasa edad no puede recurrir a estas "defensas" por lo cual el desarrollo de su yo se verá afectado, el niño no puede regresionarse. El adulto tendrá que pasar por una etapa de duelo y puede incluso tener un duelo patológico o prolongado. En el niño se desconoce como se lleva a cabo este proceso de duelo que necesariamente se vive con menos defensas y recursos.¹⁰

Spitz afirma que la postura de Klein acerca de la existencia de un período depresivo en todos los niños al vivir la separación del nacimiento no es real ya que una depresión requiere de un factor desencadenante de la misma y no está dada por un período determinado.

7.- DIAGNOSTICO DE LA DEPRESION INFANTIL

La depresión se parece mucho en adultos y niños desde la incidencia hasta los subtipos psicológicos. Aunque los síntomas son similares, los niños no los expresan del mismo modo que los adultos. La expresión facial del niño, su postura y su tono de voz pueden presentar una imagen elocuente, pero la expresión verbal de su tristeza puede no ser clara, lo cual puede pasar desapercibido por los padres.

Al no quejarse el niño de lo que le acontece, su medio ambiente los desconoce y puede atribuir los síntomas a otra causa. El diagnóstico de la depresión en los niños se basa en la sintomatología mencionada anteriormente, en la verificación de la existencia de temas depresivos en las fantasías y en los sueños y también en las respuestas que expresan miedo al abandono, al rechazo, a las lesiones, a la muerte, baja autoestima, y tristeza dadas al realizar pruebas proyectivas.

8.- CURSO Y PRONOSTICO DE LA DEPRESION INFANTIL

La evolución de la depresión en el niño no es bien conocida. Algunos de los episodios son de corta duración, otros pueden volver a presentarse de forma cíclica mientras otros evolucionan hasta formar cuadros depresivos crónicos. La duración media de las depresiones ha sido de siete meses y medio oscilando entre un mes y cuatro años. El comienzo de los trastornos varía entre los tres y los doce años.

"El pronóstico a largo plazo de los niños deprimidos es incierto. Un gran número de ellos se curan definitivamente, de modo espontáneo o por medio de la psicoterapia. El tratamiento sintomático es eficaz pero no constituye una salvaguarda contra las recidivas a menos que se resuelva el conflicto neurótico subyacente y el niño obtenga un cierto grado de insight."¹¹

En cuanto a las formas graves, pocas veces conducen a la sintomatología depresiva del adulto, sino más bien a neurosis atípicas, a la patología psicósomática y a la psicosis de tipo esquizofrénico. Mas bien podrían ser los traumatismos repetidos debido a separaciones sucesivas o relaciones familiares difíciles que conducirían a la persistencia de un afecto depresivo latente que se pueda transformar en verdadera depresión en el adolescente y en el adulto¹².

En seguida se revisará el padecimiento de la esquizofrenia paranoide, diagnóstico correspondiente al segundo caso clínico del presente estudio.

II.- Bases Teóricas Para el Psicodiagnóstico de Esquizofrenia Paranoide

La esquizofrenia forma parte de las psicosis. Algunos psiquiatras han denominado a las psicosis como reacciones mayores. El diagnóstico de las psicosis implica que en la personalidad existe un trastorno muy grave. Las defensas del psicótico son extremas, regresivas y toman menos en cuenta la realidad; suele ser grande la distorsión y desorganización de la personalidad y su funcionamiento social se ve muy alterado.

El esquizofrénico vive en un mundo arcaico; sus percepciones son normales y sus adquisiciones intelectuales permanecen intactas, pero tiene una mentalidad primitiva, prelógica su pensamiento sigue una lógica personal, egocéntrica, mágica. Atrincherado en su universo morbozo, parece inerte e indiferente al mundo que le rodea; vive en la soledad de sus sueños. Se ha tratado, en vano, de comprender las causas de esta afección, que suele manifestarse en la adolescencia, pero ninguna explicación es satisfactoria.

1.- DEFINICION DE LA ESQUIZOFRENIA

La primera definición de la esquizofrenia se le debe a Kraepelin (1896), quien se basó en el reconocimiento de que los síndromes clínicos a los que previamente se hacía referencia como "demencia precoz", hebefrenia y catatonía, tienen un común denominador: la tendencia a iniciarse tempranamente presentando un firme deterioro caracterizado por la "destrucción peculiar de conexiones internas de la personalidad". Tras de reemplazar el término de *dementia praecox* por el de "esquizofrenia", Bleuler (1911) confirmó y consolidó el concepto. En tanto que reconocía la importancia del curso de la enfermedad que "a veces es crónico y a veces marcado por ataques intermitentes y que pueden detenerse o retroceder en cualquier etapa pero sin permitir una recuperación total", enfatizó la importancia diagnóstica de la presencia de "disturbios específicos en los procesos psicológicos". Estos desórdenes fundamentales son la pérdida de las asociaciones, lo inapropiado del afecto, la ambivalencia y el

autismo, que según el autor, se presentan en cada caso y en cualquier etapa de la enfermedad. Aunque Bleuler (1911) consideró que cualquiera de estos desórdenes era patognomónico en la esquizofrenia, hay evidencia fundamental que permite pensar que, aun en el caso de que estos síntomas psicológicos sean definidos en forma confiable, el poder de su diagnóstico diferencial está muy limitado al separar a la esquizofrenia de los desórdenes afectivos (Andreasen y Powers, 1974, Spitzer, Andreasen y Endicott, 1978).

2.- SINTOMATOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA

Los síntomas primarios de Schneider (1959) incluyen: pensamiento sonoro, alucinaciones auditivas que se refieren a la propia conducta, alucinaciones somáticas, actos controlados y delirios. Otro enfoque para el diagnóstico lo proporcionó el Estudio Piloto Internacional Sobre Esquizofrenia llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1973). El examen de 1202 esquizofrénicos pertenecientes a nueve países dio por resultado el señalamiento de 12 síntomas que se presentaban diferencialmente en la esquizofrenia. Conforme a esto, puede esperarse que el 80% de los pacientes esquizofrénicos agudos o subagudos presente por lo menos cinco de los síntomas siguientes:

- Afecto restringido
- Pensamiento sonoro
- Rapport pobre
- Elación
- Lenguaje incoherente
- Delirios excéntricos
- Introspección pobre
- Despertar temprano
- Fases depresivas
- Delirios elaborados
- Información poco confiable
- Delirios nihilistas (Sartorius, Shapiro y Jablensky, 1974).

Si un paciente presenta por lo menos cinco de estos síntomas es automáticamente incluido dentro de la categoría de la esquizofrenia.

Feighner y cols. (1972) propusieron un conjunto de criterios diagnósticos que incluyen una enfermedad de por lo menos seis meses de duración, caracterizada por delirios o alucinaciones, habla desorganizada y al menos tres de las características demográficas siguientes:

- Soltero
- Pobre
- Con adaptación premorbosea social o en el trabajo
- Una historia familiar de esquizofrenia
- Sin dependencia al alcohol u otras drogas
- Que la enfermedad se haya iniciado antes de los cuarenta años de edad.

Tomando en consideración los criterios diagnósticos de Kraepelin (1896), Bleuler (1911), Schneider (1959) y especialmente el Criterio Diagnóstico de la Investigación de Feighner y cols. (1972), los aspectos fundamentales de los desórdenes esquizofrénicos son la desorganización del nivel previo de funcionamiento, los síntomas característicos que abarcan múltiples procesos psicológicos, presencia de ciertos aspectos psicóticos durante la fase activa de la enfermedad, tendencia a la cronicidad y una molestia que no puede ser explicada por ninguno de los desórdenes mentales.

A.- Alteraciones del Lenguaje y la Comunicación.-

El esquizofrénico piensa y razona según reglas privadas y a menudo idiosincrasias, de lógica. Las ideas saltan de un carril a otro y su comunicación es desordenada y no puede conservar una cadena sostenida de pensamientos. Pueden ocurrir también circunstanciabilidad o tangencialidad, así como pobreza del contenido del lenguaje, puesto que es muy poca la información que se comunica ya que muchas palabras son demasiado vagas, hiperabstractas, sobreconcretas o estereotipadas. Un síntoma más grave es la formación de neologismos.

B.- Trastornos del Contenido del Pensamiento.-

Las deformaciones de la realidad producen conclusiones incorrectas. Se presentan delirios que son creencias falsas que son fijas. Ciertos delirios son particularmente característicos de la esquizofrenia, como la noción de que los pensamientos propios están siendo transmitidos hacia el mundo externo de modo que otros pueden escucharlos o que otro individuo o una fuerza superior está introduciendo pensamientos en la mente del sujeto o que un individuo o un aparato está dominando o controlando la vida propia. Son comunes también las ideas de referencia, es decir, los acontecimientos que no están relacionados realmente con el paciente tienen una importancia personal. Los temas delirantes son a menudo persecutorios, de grandeza, o somáticos.

C.- Trastornos de la Percepción.-

Los dos trastornos más comunes de la percepción que se encuentran clínicamente son las ilusiones y las alucinaciones. Una ilusión es una interpretación errónea de las percepciones, al contrario de las alucinaciones, que se presentan como diferentes tipos de percepciones sin estímulos periféricos adecuados.

Las ilusiones ocurren en gente normal, en especial cuando se encuentran fatigados, desatentos o durante estados de gran expectación. Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier campo sensorial y si ocurren en un estado de clara conciencia, en gran medida indican esquizofrenia. En este caso, las alucinaciones por lo general son auditivas, aunque muchos pacientes las experimentan en más de una modalidad sensitiva. Las voces que se reportan son principalmente de la familia, amigos o de Dios, y la característica principal de las alucinaciones esquizofrénicas es que la gente discute o habla acerca del paciente en tercera persona.

Otras alucinaciones características de la esquizofrenia son aquellas en las que el paciente escucha sus propios pensamientos dichos en voz alta, o escucha un comentario de sus acciones que con frecuencia es crítico. Las alucinaciones visuales ocurren en la esquizofrenia pero con menos frecuencia, cuando estas se presentan, a menudo están asociadas con otras alucinaciones. Las vivencias delirantes primarias son casi signos patognomónicos de la esquizofrenia, son una perturbación de la significación simbólica. La experiencia es inmediata en su carácter y aparece de repente sin antecedentes ni explicación llevando consigo su propio sentimiento de convicción. Las

experiencias delirantes pueden continuar y convertirse con el contenido principal de la vida del enfermo y aunque los demás no participen de sus creencias, eso no basta para borrarlas.

D.- Trastornos del Afecto.-

El afecto se refiere a la expresión externa de las emociones. En la esquizofrenia el afecto puede ser inapropiado o incompatible con el tópico o con el contexto de la comunicación. Puede ser extremadamente lábil y manifestar cambios desde lágrimas hasta carcajadas sin ningún motivo manifiesto. Otras veces es aplanado, virtualmente sin signos de expresión

E.- Trastornos en el Sentido del Ser.-

Los esquizofrénicos han perdido contacto con lo que ellos mismos son. Pueden tener dudas, preocupaciones y preguntas sobre la naturaleza de su identidad que posteriormente se traduce en preocupaciones sobre el significado de la existencia.

F.- Trastornos de la Voluntad.-

La alteración de la actividad iniciada de manera espontánea y con una finalidad es invariable y puede alterar gravemente el rendimiento en el trabajo. La ambivalencia abrumadora que dirige al individuo hacia dos acciones diametralmente opuestas suele culminar en un estancamiento carente de actividad con una finalidad.

G.- Trastornos de las Relaciones Con el Mundo Exterior.-

El esquizofrénico tiende a evitar el contacto con otras personas y a dirigir su atención hacia el interior, en dirección a ideas y fantasías egocéntricas e ilógicas, también se denomina como "autismo".

H.- Ocurrencia de los Síntomas.-

Dentro de las funciones mentales que generalmente no son perturbadas por la esquizofrenia se puede mencionar la conciencia, que permanece clara, la atención, la orientación y la memoria que no son afectadas por la enfermedad; la sensación y la percepción se conservan y también de un modo potencial, su motilidad. La inteligencia, aun los conocimientos adquiridos y la capacidad para resolver tareas nuevas, pueden conservarse intactas incluso cuando la enfermedad está ya completamente establecida.

3.- CUADRO CLINICO

Existen cuatro tipos clínicos que son el simple, el hebefrénico, el catatónico y el paranoide. La pérdida de la respuesta afectiva es el síntoma guía de la esquizofrenia simple. El desorden del pensamiento, las anormalidades emocionales y la debilidad volicional, constituyen con repartición variada la forma hebefrénica. Los síntomas catatónicos predominan en el tipo catatónico acompañados a menudo con trastornos volicionales y emocionales. Las vivencias delirantes primarias, seguidas de interpretaciones delirantes secundarias, determinan el cuadro paranoide. Las alucinaciones pueden encontrarse en todos los tipos. excepto en la esquizofrenia simple en la cual es un detalle dominante la ausencia de todo síntoma productivo.¹³

4.- PSICODINAMIA

La Esquizofrenia según Rosen (1953) es una enfermedad caracterizada por una regresión a la etapa oral, que se manifiesta cuando el inconsciente se desenfrena, apreciando los deseos en forma de delirios, alucinaciones y otras formas irracionales, los cuales pueden referirse a metas inalcanzables, cuya expresión se hace prohibida dada la operación de censura del superyó que provoca el desprendimiento de la realidad. La esquizofrenia, según este autor, es una enfermedad que tiene su comienzo en algún lugar entre el nacimiento y antes de la terminación del período preverbal, causada por una mujer que padece de perversión del instinto maternal, es decir, su afecto esta distorsionado presentando hostilidad y rechazo hacia su hijo, lo cual crea en él bases débiles para su

desarrollo psicosexual y da lugar a que el aparato psíquico ejerca tensión en cada etapa, en especial el terror del castigo que genera el incesto en el inconsciente, lo cual trae como consecuencia la ruptura con la realidad y una regresión a la etapa oral.

Jacobson afirma que mientras en el neurótico el temor central es el de la castración, el psicótico teme la inminente disolución de la estructura psíquica, que implica un derrumbe total o parcial de las representaciones de objeto y del yo y que culmina en un retiro del mundo exterior hasta el punto de la formación de síntomas psicóticos manifiestos.¹⁴

Kolb (1976) la describe como un padecimiento en el que no se ha logrado desarrollar los procesos integrativos ni la fuerza del yo, necesarios para resolver con facilidad los conflictos entre los impulsos coercitivos (del ello), las aspiraciones del ideal del yo y las actitudes demasiado exigentes del superyó.

Para Melanie Klein (1987) la esquizofrenia es el resultado de la incapacidad de la madre para conducir al niño al final de las dos posiciones por las que pasa el recién nacido y el lactante durante el primer año de vida ante la realidad. Estas fases son:

A) POSICION ESQUIZO - PARANOIDE:

Durante los primeros meses de vida, en donde se hallan fantasmas agresivos primitivos que dan lugar en el niño futuro psicótico, a una fragmentación del sujeto y el objeto. El miedo a este universo primitivo terrorífico es lo que engendra la siguiente fase.

B) POSICION DEPRESIVA:

Entre los 6 y 12 meses en los cuales la ambivalencia de la relación materna sumerge al niño en una tristeza que la madre del psicótico no sabrá reparar.

Para McCord y col. en 1962 (Garnica 1994) la esquizofrenia femenina es el resultado de una madre caracterizada por el distanciamiento emocional con su hija y un padre narcisista con una actitud seductora frente al mundo femenino y una conducta por lo demás cargada de valores positivos; en cambio la esquizofrenia masculina es el resultado de la combinación de una madre sobreprotectora y absorbente con padre pasivo, pusilánime e inepto.

Para Bateson (1980) es el resultado de una deficiente comunicación en el ambiente familiar, en especial con la madre, quien establece una relación contradictoria, quedando el hijo como presa de un doble vínculo que lo deja sin la posibilidad de hacer una intervención metacomunicativa, generando pánico o rabia que altera su representación interna de la realidad, desencadenándose reacciones sintomáticas.

Jay Haley (1994), la considera como un arte que implica mucho empeño y un trabajo duro, que yace en la capacidad genial para manejar luchas de poder, mediante su estilo, sus palabras y una fuerza de voluntad enorme, generándose así, los síntomas propios de la enfermedad. Pero para ello, resulta imprescindible haber nacido en la familia adecuada: una madre ambivalente, un padre que le enseñe a mantenerse imperturbable y un hermano(a) prototipo que sirva de contraste para poder servir su función de ser un fracaso que permita a la familia no sentirse tan hundidos. De tal manera que al crecer, su rol es el de mantener unida a su familia, por lo que permite que lo arrojen a un hospital psiquiátrico con tal de que los padres se unan ante la pena de tener un hijo desgraciado y es aquí donde florece totalmente la enfermedad al conservar la misma posición y función que en el hogar, creando problemas sin responsabilizarse de ellos a través de la aparición de los síntomas.

En muchos casos sería imposible pronosticar por la historia anterior del paciente si se va a desarrollar una psiconeurosis, una condición psicopática o una psicosis. En efecto, el rasgo fundamental, la existencia de ansiedad en la infancia, es común a estos tres tipos de trastornos psiquiátricos. Sabemos por la historia de la infancia de pacientes esquizofrénicos que en este período de la vida fue de intensidad tan enorme su ansiedad, que no pudo estructurarse suficiente estimación propia ni sensación de autoidentidad y que ciertas tendencias del desarrollo psicológico prevalecen sobre otras. A causa de la intensidad de estas experiencias, el niño preesquizofrénico encuentra dificultad en organizar defensas. Si crece en una atmósfera de exposición a la ansiedad, intentará conservar la imagen buena de la madre. El niño preesquizofrénico puede encontrar dificultad en conservar una imagen que dista tanto de la realidad, a veces, para mantener esa buena imagen materna, que es la que construyó cuando era un niño más pequeño, tiende a actuar como un niño pequeño o mostrar tendencias regresivas hacia la infancia. En la gran mayoría de los casos, el niño reprime el hecho de haber sido aborrecido, falsamente acusado o blanco inocente de hostilidad.¹⁵

5.- CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA SEGUN EL DSM-IV

A. Síntomas Característicos:

Dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- (1) ideas delirantes
- (2) alucinaciones
- (3) lenguaje desorganizado (por ejemplo: descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Solo se requiere de un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción social/laboral:

Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o mas áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración:

Persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este período de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los

signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presente de forma atenuada (por ejemplo: creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo:

El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado del ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica:

El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (por ejemplo una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo:

Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes (o menos si se han tratado con éxito).

Subtipos de esquizofrenia

Los subtipos de esquizofrenia están definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación.

Tipo Paranoide (según DSM-IV).-

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanado o inapropiada.

6.- ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

En la esquizofrenia paranoide las alteraciones mentales son delirios y alucinaciones, con menor deterioro de la personalidad; de todos los subgrupos éste es el más homogéneo y tiende a ocurrir en el grupo de mayor edad.

Los síntomas fundamentales de los esquizofrénicos paranoides son las vivencias delirantes primarias, seguidas por interpretaciones delirantes secundarias, es decir, falsas percepciones. Muestran menos regresión de las facultades mentales, de las respuestas emocionales y de la conducta que los otros subtipos de esquizofrenia.

El paciente paranoide típico se encuentra tenso, suspicaz, en guardia y reservado. A menudo es hostil y agresivo. Suele comportarse muy bien en sociedad. Su inteligencia en las áreas no invadidas por las convicciones delirantes puede seguir siendo muy alta.

Refiriéndose a la posición esquizoparanoide patológica, Bion dice " el psicótico escinde sus objetos y simultáneamente toda la parte de su personalidad que le daría conciencia de la realidad que él odia, en muy diminutos fragmentos, y es por eso que el sentimiento del psicótico es que no podrá nunca restaurar sus objetos o su yo."

Como resultado de estos ataques de escisión, todos aquellos aspectos de su personalidad que le proveerían de fundamentos para la comprensión intuitiva de sí mismo y de otros, están perturbados desde el comienzo.

7.- CURSO Y PRONOSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA

Todo estado incluido bajo el término esquizofrenia está asociado con una tendencia general hacia la desintegración de la personalidad.

Los pacientes que caen enfermos antes de los 20 años de edad tienen malas perspectivas y sufren frecuentemente un deterioro rápido.

Desde la edad de 35 años hasta muy avanzado el período involucional, la enfermedad, aun cuando tiene un curso crónico generalmente deja la personalidad intacta.

La mujer parece tener mas probabilidades de remisión. El comienzo agudo da posibilidades de remisión. El comienzo insidioso tiene menos probabilidades de restablecimiento pero mayores probabilidades de que se conserve relativamente intacta su personalidad a pesar de los años que dure su enfermedad.

El criterio para decidir si se ha logrado o no una curación, depende de la habilidad psicológica. Según Meyer- Gross, una cuarta parte de estos casos termina en la demencia, otra cuarta parte en un deterioro marcado de la personalidad, otra con un defecto leve y la última cuarta parte se restablece.

En un esquizofrénico los períodos de remisión difieren mucho de los períodos de remisión de los depresivos. A pesar de las notables oscilaciones del estado de ánimo o de las condiciones hipomaníacas que muestran algunos de estos pacientes entre un período depresivo y otro, su recuperación es en general incomparablemente mejor que en los esquizofrénicos después de un episodio psicótico.¹⁶

DELIMITACION DE SIGNIFICADO DE TERMINOS

afecto.- Es la capacidad de dar significado emocional a las cosas y circunstancias.

angustia.- Una respuesta global de la personalidad en situaciones que el sujeto experimenta como amenazantes para su existencia organizada.

catatonía.- Total falta de respuesta; inmovilidad.

circunstanciabilidad.- Desviaciones del lenguaje sin importancia.

confabulación.- Cambiar las versiones de un mismo relato.

ecolalia.- Repetir palabras.

examen psicológico.- Exploración de las fuerzas caracterológicas y de las constelaciones dinámicas subyacentes a los síntomas.

incongruencia.- Cuando la acción es diferente al pensamiento.

mutismo.- Disminución verbal.

negativismo.- Negarse a obedecer.

neologismos.- Palabras formadas por condensación y combinación de varias palabras conocidas de una manera única para el individuo, quien puede dar una definición que tiene propiedades mágicas o satisfactoras de deseos personales.

neurosis infantil.- Es una estructura defensiva contra ansiedades. Posición esquizoparanoide y depresiva.

pensamiento.- Capacidad de hacer asociaciones para formar conceptos y juicios.

perseverancia.- Hablar sobre el mismo tema de forma repetitiva.

psicosis.- Perturbaciones psíquicas que se caracterizan por la percepción distorsionada de la realidad y por la carencia de conciencia de estar enfermo.

psicoterapia.- Maniobra profesional que trata de modificar conductas o estados emocionales por medio de la interacción entre terapeuta y paciente.

tangencialidad.- Disgresión sostenida del lenguaje de modo que la conversación no llega a la finalidad perseguida.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Este estudio se inició sin consideración previa de los casos que pudieran presentarse al solicitar en el C.A.P. la posibilidad de realizar dos evaluaciones: la de un niño y la de un adulto. Podría decirse que se escogieron aleatoriamente y el resultado de esta elección fue un primer caso de depresión infantil y un segundo caso de esquizofrenia paranoide. Esto me lleva a pensar en que estos casos pueden aparecer con frecuencia y la realización de este estudio tiene como uno de sus objetivos el dar a conocer de forma mas profunda como son estos padecimientos a través de los dos casos aquí presentados que de alguna manera ilustran lo que significa encontrarse inmerso en estas vivencias y lo que finalmente lleva al paciente a pedir ayuda.

El primer caso es de depresión infantil, la cual no existe como diagnóstico dentro del DSM-IV, esto nos habla de lo poco que se conoce respecto a este padecimiento cuya prevalencia ha sido alta en las investigaciones realizadas por diferentes autores. Se aprecia de modo diverso de acuerdo a cada uno de ellos, se encontró presente en: 1.8% de los niños examinados por Nissen, el 3% según Weber, el 3.5% según Dugas y Moureen, el 12% según Kuhn y el 25% según Frommer.

Como ya es sabido, la depresión infantil trae como consecuencias problemas de aprendizaje, fracaso escolar, adicciones, perturbación en las relaciones interpersonales, tendencia a la enfermedad, conductas agresivas tanto hacia a si mismos como hacia los demás. Es importante dar mayor profundidad a la investigación de este trastorno, pues hoy en día es muy común, como podrá apreciarse en una reciente investigación titulada "Centro de Atención Psicológica de la Universidad Vasco de Quiroga y Principales Problemáticas que Atiende"¹⁷ en donde se encontró que uno de los principales diagnósticos obtenidos con base en valoraciones cuidadosamente realizadas era el de la depresión tanto en adultos y adolescentes como en niños. La depresión en adultos ha sido mas investigada y se diagnostica con mayor facilidad, sin embargo, la depresión infantil no se identifica tan fácilmente. Los niños deprimidos necesitan ayuda, pero no pueden conseguirla por sí mismos. Es necesario que un adulto reconozca el problema y lo tome en serio.

El segundo caso es de una esquizofrenia de tipo paranoide lo cual se entiende como un caso psiquiátrico, sin embargo llegó a presentarse en este Centro, como por experiencia personal, se han presentado anteriormente. La verdadera incidencia de la esquizofrenia es difícil de establecer. La falta de métodos diagnósticos objetivos complica el proceso de identificación de los casos que supone la detección de cada persona que padece la enfermedad en una comunidad bien definida y la capacidad para determinar la fecha del comienzo de esta enfermedad. La incidencia para la esquizofrenia a partir de los estudios que consideran todas las edades varían desde un índice bajo del 0,43 por 1.000 hasta 0,68 por 1.000. Para las edades comprendidas entre 15 años y más, los índices van desde el bajo de 0,30 por 1.000 al alto de 1,20 por 1.000 . En resumen, los estudios, los estudios de población muestran una incidencia de 1 por 1.000.¹⁸ Según los datos de prevalencia, en Estados Unidos, puede decirse que entre 0,23% y 0,47% de la población tienen probabilidades de recibir tratamiento psiquiátrico por una alteración esquizofrénica durante cualquier año en particular. Considerando la prevalencia a lo largo de la vida de un 1 por 100, cerca de 2 millones de americanos puede sufrir una alteración clasificada como esquizofrenia.¹⁹ Estos índices dados en este país vecino son altos y a nivel mundial son semejantes. Hoy en día la esquizofrenia sigue siendo uno de los grandes problemas dentro del campo de la salud mental. A pesar de los múltiples esfuerzos por aclarar sus orígenes, establecer su sustrato biológico, y definir con mayor claridad su psicopatología, aun no sabemos con precisión qué ocurre en estos enfermos, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), prevalecen en la población general en una tasa aproximada de 1%.²⁰ De aquí la importancia de la difusión de estos estudios que permite al psicólogo conocer la diversidad de casos y sus manifestaciones de forma mas ilustrativa.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Existen diversos aspectos limitantes del presente estudio, entre los cuales destaca el hecho de que únicamente se presentan dos casos, uno de cada padecimiento con el fin de dar a conocer el método seguido para lograr un psicodiagnóstico por lo cual como investigación sus posibilidades se ven muy limitadas por no contar con una muestra significativa o representativa de la población. Son dos casos tomados en el C.A.P. tras la petición de evaluar a un adulto y a un niño.

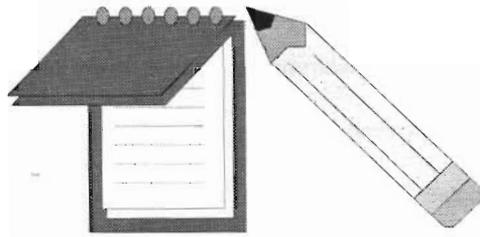
Otro limitante es que no se pudo profundizar en la historia del paciente del segundo caso ya que por su trastorno la información es poco confiable por la distorsión de la realidad claramente manifestada durante la entrevista. Los tests aplicados apoyan el diagnóstico pero se requiere, en este caso, de un trabajo multidisciplinario con la ayuda de un psiquiatra.

En el primer caso encontré como limitante la poca bibliografía existente para la definición clara de la depresión infantil que no es fácilmente detectada ya que en este caso se manifiesta en forma enmascarada, y dicho criterio no está establecido en el DSM-IV tomándolo en cuenta como un padecimiento específico dentro de la infancia. Es más común encontrar las características presentadas por el paciente dentro de los criterios dados por el diagnóstico de hiperactividad y de déficit de la atención.

Estas limitantes ponen en manifiesto lo que es necesario trabajar dentro de la psicología como lo es una mayor apertura al trabajo interdisciplinario y el estudiar con mayor profundidad la supuesta hiperactividad tantas veces dada como diagnóstico sin ir al trasfondo del problema que podría ser una depresión enmascarada.

Capítulo 2

METODOLOGIA



I.- TECNICAS

El psicodiagnóstico de los dos casos presentados se obtuvo a través de una valoración psicológica que incluyó una serie de entrevistas para obtener una historia de vida o historia clínica a través de la cual se detectan síntomas para dar lugar a un posible cuadro clínico. Además se aplicaron tests psicológicos cuya interpretación e integración permitieron el reunir un conjunto específico de indicadores de rasgos particulares de personalidad que junto con los datos de la historia de vida dan pie a la formación del psicodiagnóstico que se corrobora con el DSM-IV. Al obtener el diagnóstico se puede entonces formular una posible vía de tratamiento para el manejo del padecimiento de acuerdo a las diferentes esferas que éste pueda englobar ya que en el caso, por ejemplo de una esquizofrenia de tipo paranoide, el uso de fármacos es indispensable dado que este padecimiento ya abarca una esfera biológica definida que necesariamente deberá ser tratada con medicamentos. Partiendo de los resultados obtenidos en los tests así como los datos de la historia de vida que ahora nos facilitan el diagnóstico, se puede además establecer un pronóstico en caso de que las recomendaciones se lleven a cabo al igual que si no son llevadas a cabo. El pronóstico es el aspecto mas cuestionado dentro de la psicología al plantearla como ciencia que puede de alguna manera predecir la conducta de un individuo. El psicodiagnóstico y el estudio profundo de los datos que se han obtenido con las técnicas ya descritas, pueden dar una estimación de las posibles consecuencias del padecimiento aunque ciertamente no puede predeterminar de forma precisa la conducta del individuo, pues cada mente es un mundo y las fronteras no siempre son penetrables para el psicólogo.

II.- SUJETOS Y ESCENARIO

Se realizó el psicodiagnóstico de dos sujetos, el primero de once años de edad, de un nivel socioeconómico alto, que fue referido a la psicóloga, por la escuela primaria en donde cursaba el quinto año de primaria por "problemas de conducta". Es atendido en el Centro de Atención Psicológica de la Universidad Vasco

de Quiroga, a pesar de que este Centro tiene la finalidad de trabajar con personas de escasos recursos, el paciente es atendido aquí por contar el Centro con el material necesario para la realización de las pruebas.

El segundo caso es de un sujeto de 40 años de edad, de nivel socioeconómico medio, se encuentra desempleado, únicamente completó la secundaria y ya hace cuatro meses que no logra encontrar trabajo. Acude al Centro de Atención Psicológica referido por la Coordinación de Gestión Social.

III.- MATERIAL

Se realizaron varias entrevistas para la obtención de datos de la Historia Clínica de acuerdo al formato de Karl Menninger, quien en el año de 1952, hizo la elaboración de una comunicación ordenada, sistemática, de los datos obtenidos durante la o las entrevistas realizadas con orientación psicodinámica, cuya meta es el esclarecimiento de los conflictos psíquicos, presentes y pasados, que perturban el equilibrio actual del entrevistado. Esta consta de los siguientes apartados:

- I.- Ficha de Identificación
- II.- Motivo de Consulta
- III.- Padecimiento o Problema Actual
- IV.- Area Familiar
- V.- Datos Evolutivos
- VI.- Adolescencia
- VII.- Area Escolar
- VIII.- Area Laboral
- IX.- Relaciones Interpersonales
- X.- Area Sexual
- XI.- Vida Marital
- XII.- Farmacodependencia

XIII.- Comportamiento Antisocial

XIV.- Examen Mental

XV.- Diagnóstico Descriptivo

XVI.- Diagnóstico Nosológico Principal

XVII.- Pronóstico

XVIII.- Tratamiento

Para la realización de la historia clínica del primer caso de un menor de edad únicamente se abarcaron los puntos del I al V, y VII, IX, XIII, XIV, XV, XVI, XVII y XVIII.

Gran parte del material que se utilizó para la realización de los psicodiagnósticos fue aportado por el Centro de Atención Psicológica. Consta de los siguientes tests psicológicos:

- Raven
- Army Beta II-R
- Rorschach
- CAT
- HTP
- Figura Bajo la Lluvia
- WISC-R
- Bender
- SACKS
- Machover
- Dibujo de Familia

Cada uno de estos tests se describe brevemente en el siguiente apartado.

1.- Los Tests Psicológicos

A) Definición de Test Mental.-

El test mental, según Pichot es una situación experimental estandarizada que sirve de estímulo a un comportamiento. Tal comportamiento se evalúa por una comparación estadística con el de otros individuos colocados en la misma situación, lo que permite clasificar al sujeto examinado, ya sea cuantitativa o tipológicamente.

La *situación experimental*, que implica el medio en el cual se lleva a cabo la experiencia, el material del test, las consignas y la actitud del examinador, debe ser perfectamente definida y reproducida en forma idéntica en todos los casos.

El *registro del comportamiento* debe ser preciso y objetivo, observándose rigurosamente sus condiciones.

Es indispensable que el comportamiento registrado sea valorado estadísticamente con respecto al comportamiento de un grupo de individuos en análoga situación. La meta final del test debe ser la clasificación del sujeto examinado con respecto al comportamiento del grupo de referencia.

Estas condiciones son fundamentales para diferenciar un test mental de otro tipo de exámenes (examen clínico, pruebas escolares, etc.)

B) Historia De Los Tests.-

Los tests mentales tienen su origen en la Psicología Diferencial y surgieron alrededor de 1880. Los primeros psicólogos experimentales del siglo XIX estudiaban en sus laboratorios fenómenos tales como la sensibilidad a los estímulos visuales, auditivos, el tiempo de reacción, etc. Este interés por los fenómenos sensoriales se reflejó en la naturaleza de los primeros tests. La Psicología Experimental del siglo XIX puso de manifiesto la necesidad de un control riguroso de las condiciones en que se hacían las observaciones: de ahí se demostró la importancia de hacer las observaciones de todos los sujetos en *condiciones tipificadas*, lo que llegó a ser una de las características principales de los tests psicológicos.

En 1920 en los Estados Unidos de Norte América, surge la necesidad de clasificar rápidamente a un millón y medio de reclutas por lo que se refiere a su nivel intelectual. Esto dio lugar a la creación del primer test de inteligencia colectivo, que fue utilizado por el ejército de los Estados Unidos, el *Army Alfa* de uso general y el *Army Beta* no verbal, para analfabetos. Actualmente estos tests han sufrido varias revisiones. Estos tests sirvieron como base para la creación de otros tests en forma masiva y se emplean aun en la actualidad. Se popularizó el uso de los tests que se empezaron a utilizar con éxito en la educación, la industria y la medicina.

Al mismo tiempo surgió la necesidad de contar con tests que midieran aptitudes especiales para complementar los tests de inteligencia general. Los tests de aptitudes especiales se elaboraron principalmente para ser usados en la orientación vocacional y en la selección de personal industrial y militar. También se iniciaron estudios estadísticos sobre la interrelación de las puntuaciones obtenidas por numerosas personas en una gran variedad de tests, dando lugar al análisis factorial (Sperman en Inglaterra, Thurstone en los Estados Unidos), concentrándose la presencia de ciertos rasgos o factores independientes. Estos estudios fueron el antecedente de las baterías de aptitud múltiple, donde se busca la medida de la posición del individuo con respecto a cierto número de rasgos. Estas baterías se desarrollaron a partir de 1945 y también tuvieron origen en las investigaciones realizadas por los psicólogos del ejército norteamericano.

Surgen también los tests de personalidad que pretenden medir características tales como la adaptación emocional, relaciones interpersonales, motivación, intereses y actitudes de las personas. El mas antiguo de este tipo de tests es el *Test de Asociación Libre* utilizado ya desde 1892 por Kraepelin en pacientes anormales. Esta técnica ha sufrido varias modificaciones y se emplea hasta la fecha.

Durante la primera guerra mundial, Woodworth desarrolla un cuestionario de personalidad, el *Inventario Autodescriptivo*, con la finalidad de identificar neuróticos graves, no aptos para el servicio militar, por medio de preguntas referentes a síntomas neuróticos comunes que el sujeto debía contestar en relación a sí mismo. Esta hoja de datos personales de Woodworth sirvió como modelo para la mayoría de los inventarios de adaptación emocional que aparecieron posteriormente.

También surgieron las técnicas proyectivas como otro método para el estudio de la personalidad, partiendo de la premisa que al encomendársele al sujeto una tarea poco estructurada, el proyectaría sus modos

característicos de respuesta en la ejecución de dicha tarea. A partir de 1950 se intensificó la investigación de la medida de la personalidad, elaborándose nuevos e ingeniosos métodos y mejores técnicas.

Estados Unidos y la Gran Bretaña encabezaron el movimiento a favor de los tests, seguidos por Francia, Suiza y Bélgica. Alemania demostró un interés decreciente a partir de la Primera Guerra Mundial y por lo que se refiere a la entonces U.R.S.S., que hasta 1936 había desarrollado numerosas técnicas, los tests fueron proscritos tanto en psicología escolar como en orientación y selección profesional, por "pseudocientíficos" y "antimarxistas", actitud que prevalece hasta hoy en día.

Con la Segunda Guerra Mundial se reafirma el interés por los tests mentales, tanto de inteligencia y aptitudes como de personalidad y a partir de 1939 se incrementa su uso en medicina, donde anteriormente solo se utilizaban por el diagnóstico de la debilidad mental. Actualmente los países que demuestran mayor interés en los tests son los de América Latina, Alemania, Italia, España y Suecia entre otros.

Es necesario enfatizar que, no obstante los primeros tests aparecieron como instrumentos de investigación para la Psicología Diferencial, en realidad el método de los tests siempre tuvo como finalidad aplicaciones prácticas, teniendo un papel importantísimo en todos los campos de la psicología aplicada, aun sin desechar su participación en el desarrollo de la teoría psicológica.

Por lo que se refiere a la Psicología Aplicada, los tests han encontrado gran uso en la Psicología Educativa (orientación vocacional), Psicología Industrial (selección de personal), Psicología Clínica, Social, Antropológica, Militar y la Criminología. El uso de los tests se extiende más y más, por un lado favoreciendo la imagen de la Psicología como una disciplina científica, pero por otra parte, implicando graves peligros para la Psicología. El público a menudo mal informado, asume actitudes extremistas, ya sea de aprobación incontrolada o de oposición sistemática hacia los tests, esto en parte debido al empleo de los tests por parte de personas incompetentes. Existe un elemento mágico relacionado con el uso de los tests, debido al cual muchos psicólogos afirman que gracias a los tests pueden describir con certeza la personalidad del individuo y prever su comportamiento en modo absoluto.

A pesar de los problemas en que se ha incurrido en la aplicación de los tests y a pesar de los numerosos ataques en su contra, el método de los tests se ha desarrollado ampliamente, multiplicándose y perfeccionándose las técnicas y creándose toda una rama de la estadística para favorecer su interpretación.

C) Cualidades de los Tests.-

Los tests deben contar con tres aspectos fundamentales que son:

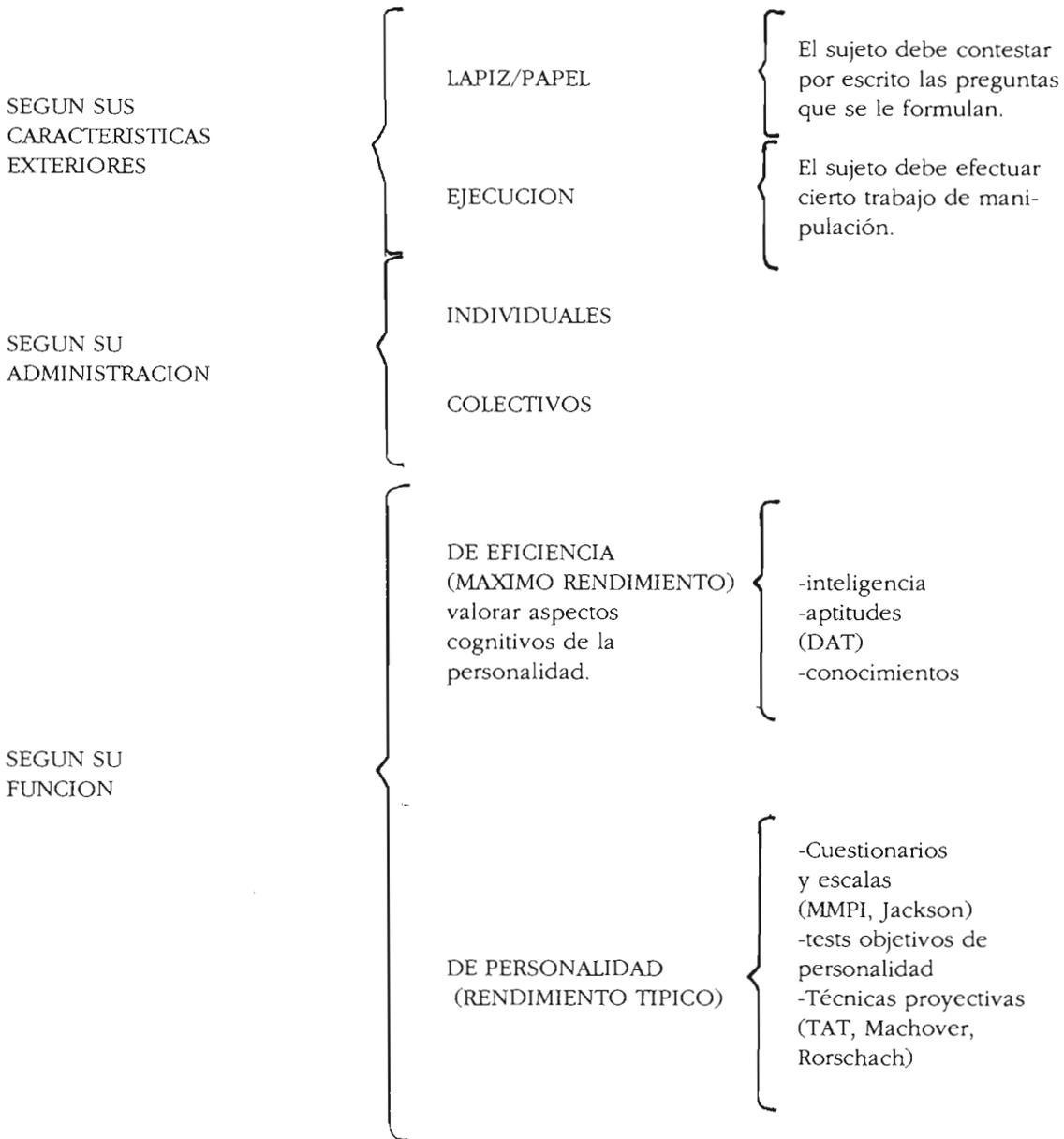
- Confiabilidad,
- Sensibilidad,
- Validez.

Confiabilidad.- Es la cualidad que hace que una misma prueba, aplicada dos veces seguidas a un mismo sujeto proporcione idénticos resultados.

Sensibilidad (o fineza discriminativa).- Se refiere al número de "grados" para la clasificación de los sujetos y su diferenciación. La relación entre la sensibilidad y la extensión medible es inversa, ya que cuanto más amplia sea la gama de los comportamientos que puede medir un test, será menos su sensibilidad.

Validez.- Indica que el test mide realmente lo que pretende medir. Para apreciar la validez de un test se supone la existencia de ciertos criterios subjetivos y objetivos de producto y de acción.

D) Clasificación de los Tests.-



En seguida se presenta una breve descripción de cada uno de los tests empleados en el presente trabajo, que son de eficiencia y de personalidad. Los tests proyectivos, nos proporcionan un diagnóstico adecuado según el libro de Psiquiatría Clínica Moderna (LAWERENCE, 1985), sin embargo se considera insuficiente por lo cual se aplican varios tests, dentro de los cuales se busca evaluar el estado de la cognición e inteligencia.

E) Descripción del Test de Inteligencia Army Beta II-R.-

El Beta II-R es un instrumento psicométrico diseñado para medir las capacidades intelectuales generales de las personas relativamente analfabetas o de las personas con dificultades con el idioma en el país. Puede también ser utilizado como una medida no verbal en poblaciones generales. Este instrumento proporciona una estimación global de la capacidad intelectual, expresada ya sea mediante un C.I. o mediante un percentil.

El Beta II-R generalmente se aplica de forma colectiva. El examinador lee las instrucciones a los examinados quienes van contestando en su folleto.

F) Descripción del Test de Matrices Progresivas de Raven (Escala Especial).-

Raven construyó sus *Progressive Matrices* para experimentación en 1936 y en 1938 estaba ya estandarizado y publicado como test. En esta versión de escala especial tuvo los siguientes objetivos:

1) Que se pudiera aplicar a sujetos que por su edad o por su déficit intelectual no pudieran comprender el test.

2) La dispersión de puntaje permitiera una mejor discriminación, y

3) Que el puntaje fuera menos susceptible a la influencia del azar.

La Escala Especial esta constituida por 36 problemas que se presentan en 36 láminas de dibujos coloreados incompletos. Al pie de cada uno se hallan seis dibujos pequeños, de los cuales sólo uno sirve para completar el dibujo correctamente. Los problemas están ordenados en complejidad creciente. Las funciones que principalmente se examinan son: percepción del tamaño, percepción de la orientación en el espacio en una dirección y en dos direcciones simultáneamente, aprehensión de figuras discretas especialmente relacionadas con un todo, análisis de un todo en sus componentes, capacidad de concebir figuras correlativas, educación de correlaciones.

G) Descripción del Test Guestáltico Viso-Motor de Laretta Bender.-

El Test de Bender fue construído entre los años 1932 y 1938 en base a los conceptos guestálticos de la configuración de Max Wertheimer. Laretta Bender considera que la función guestáltica "es aquella función del organismo humano, por la cual responde a un conjunto de estímulos dados como un todo, siendo la respuesta misma una constelación, un patrón de respuestas". No solo se considera lo que el individuo percibe, sino cómo lo percibe, considerando la utilización de tales estímulos percibidos.

El test Guestáltico de Bender o Test Viso-motor, tal como fue ideado por Laretta Bender, consiste en nueve tarjetas (15 X 15 cm) con dibujos abstractos. Los nueve dibujos son adaptaciones de figuras que Wertheimer (1923) usó en experimentos sobre la percepción. A los individuos a quienes se les aplica el test, se les pide que copien los dibujos con un lápiz en una única hoja de papel en blanco, si lo desean pueden usar mas hojas de papel. No hay límite de tiempo para la aplicación.²¹

El Test de Bender es un test de integración viso-motriz. Bender (1970) habla de la naturaleza global de la función guestáltica y de la imposibilidad de separar las capacidades motora y perceptiva.

Su aplicación permite la exploración del retardo, la regresión, la perdida de función y defectos cerebrales orgánicos en niños y en adultos (F. Curran, P. Schilder), así como las desviaciones de la personalidad, en especial cuando se manifiestan fenómenos de regresión (M.L. Hut, H. Spiegel, J. Shor, S. Fischman).

Por tanto, el Test de Bender permite:

- a) Determinar el nivel de maduración de los niños y adultos deficientes.
- b) Examinar la patología mental infantil: demencia, oligofrenia, neurosis.
- c) Examinar la patología mental de los adultos: retraso global de la maduración, incapacidades verbales específicas, disociación, desórdenes confusionales. Estudio de la afasia, de las demencias paralíticas, alcoholismo, síndrome postraumático, psicosis maniaco depresiva y esquizofrenia.²²

H) Descripción del Test Proyectivo de Casa-Arbol-Persona.-

Varias personas eminentes han contribuido a la investigación sobre y la formación actual del test HTP (House-Tree-Person), incluyendo a Levy, Machover, De Martino, Hammer y Goodenough, así como también Buck, Urban y Jolles. Realmente la investigación en esta área de la psicometría ha estado en progreso desde finales del siglo XIX. Sin embargo, la forma actual del HTP ha estado en uso desde finales de los años treinta. Goodenough empezó su trabajo sobre el dibujo Una-Persona (DAP) al comienzo de los años veinte.

Es cierto que hay muchas escuelas de pensamiento sobre el valor del HTP como implemento proyectivo y es difícil estimar el grado de su uso en la profesión. Hay muchos que consideran al HTP tan sensitiva como el test de Rorschach en el trabajo de escudriñar los recesos internos psicológicos de la mente humana, como los impulsos inaceptables, denegados y reprimidos. El HTP también se usa mucho como una herramienta para clasificación rápida y explícita que requiere un mínimo de tiempo y material. Aun así, el test por sí misma no basta para hacer una evaluación psicológica.

Como herramienta diagnóstica el HTP se diseñó para ayudar al psicólogo clínico a descubrir la dinámica de la personalidad del individuo. Le dará una apreciación de la madurez, flexibilidad, sensibilidad, eficiencia, grado de integración de la personalidad y de la interacción con el ambiente del individuo. También tiene valor como método de evaluación indicador del estado de ánimo de los examinados.

La aplicación es sencilla. Se le da al examinado una hoja de papel bond tamaño carta y un lápiz #2. Se le pide que dibuje una casa, posteriormente en otra hoja un árbol y finalmente en una tercer hoja, una persona. Existe otra variación que consiste en pedirle al individuo que dibuje las tres cosas en una misma hoja. De esta manera se podrá evaluar su relación con su padre y su madre específicamente.

I) Descripción del Test de Apercepción Infantil (CAT-A).-

El CAT es un método para explorar la personalidad estudiando el sentido dinámico de las diferencias individuales en la percepción de un estímulo estándar. El CAT es un descendiente directo del Test de Apercepción Temática (TAT) de Henry Murray. El CAT se concibió con el objeto de facilitar la comprensión de la relación de un niño determinado con sus más importantes figuras y tendencias. Las láminas fueron planeadas con el propósito de provocar respuestas específicamente relacionadas con problemas de alimentación y orales en general, explorar problemas de rivalidad entre hermanos, descubrir la actitud del niño ante las figuras paternas y la manera en que el niño las percibe. Penetrar en la actitud del niño ante los padres como pareja, es decir, en el Complejo de Edipo, y en la escena primaria. En relación con estos objetivos se intenta conocer las fantasías agresivas infantiles, la aceptación infantil del mundo adulto, el miedo de quedarse solo durante la noche y posibles conexiones con la masturbación. Se busca conocer la estructura del niño y su método dinámico de reaccionar y de manejarse frente a los problemas de crecimiento.

El CAT consiste en diez láminas de animales en situaciones diversas. Se le van presentando las láminas al niño quien deberá dar un relato sobre la situación ilustrada en cada lámina a manera de historia. Las respuestas se registran literalmente y luego se les analiza de acuerdo al contenido de cada una.

J) Test de Rorschach.-

Los estudios realizados durante los últimos años sugieren que el test de Rorschach es el test individual utilizado con más frecuencia, con la posible excepción del WAIS, en los contextos clínicos de Estados Unidos. Fue ideado por Hermann Rorschach (1884 - 1922), un psiquiatra suizo, que hacia 1910 empezó a experimentar con manchas de tinta ambiguas. En 1920 se publicó el método, con el título "Psicodiagnóstico". El Rorschach es un conjunto estándar de 10 manchas de tinta que tienen por finalidad servir de estímulos para la realización de asociaciones. En la serie estándar de manchas, administradas por orden, se reproducen tarjetas de 18 X 24 cm. de tamaño, numeradas de I a X. Algunas son en blanco y negro y otras incluyen otros colores.

Consta de diez láminas que son:

- Cinco manchas grises (I, IV, V, VI, VII)

- Dos manchas rojo y gris (II y III)
- Tres manchas de colores (VIII, IX y X)

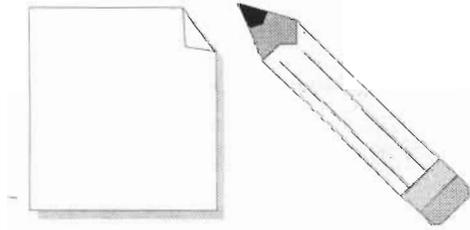
Se le va mostrando cada lámina al examinado quien deberá decir lo que ve en cada una de las láminas. La descripción que vaya haciendo el sujeto la anota el examinador, se conserva un registro verbal de las respuestas del paciente, junto con los tiempos de reacción inicial y el tiempo total dedicado a cada tarjeta. Tras el completamiento de lo que se denomina la asociación libre, el examinador realiza una indagación para determinar los aspectos mas importantes de cada respuesta, los más cruciales para su puntuación. La puntuación de las respuestas convierte los aspectos mas importantes de cada respuesta en un sistema de símbolos relacionados con las siguientes variables: áreas de localización, determinantes y contenido de las respuestas.

El Rorschach es especialmente útil como instrumento diagnóstico. Las pautas de asociación y pensamiento del paciente son entendidas o enfocadas mas claramente en razón de que la ambigüedad del estímulo proporciona pocas pistas para respuestas convencionales o estándar. El Test de Rorschach mide afectividad, inteligencia y contacto social.

Todos estos tests empleados en forma conjunta arrojan la información que da pauta para un diagnóstico con bases más sólidas. Cada bateria de tests contiene lo necesario para medir diferentes aspectos del individuo estudiado, ya que básicamente se dividen en dos: los de eficiencia y los de personalidad. La forma en que se seleccionan los tests que han de aplicarse depende en gran medida de los datos obtenidos en las entrevistas que nos llevan a enfocar nuestra atención en un aspecto específico que el paciente está reportando ya sea de forma verbal o no verbal, lo cual requiere de la observación y del ojo clínico del psicólogo.

Capítulo 3

PROCEDIMIENTO



ENTREVISTAS, TESTS

PROCEDIMIENTO

A continuación se presentan dos casos. El primero es de un niño de once años que fue atendido en el Centro de Atención Psicológica. Se citó a sus padres para la realización de la historia clínica en la cual se obtienen los datos sobre su desarrollo en general. Estas entrevistas duraron tres sesiones. Posteriormente se le aplicaron los siguientes tests:

- WISC-R
- Raven
- SACKS
- Dibujo de la Familia
- Dibujo Libre
- Bender
- CAT
- HTP
- Figura Humana Bajo la Lluvia

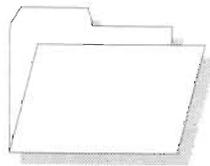
Estos tests se aplicaron en ocho sesiones de una hora cada una, citando al paciente dos veces a la semana. Al interpretar e integrar las pruebas y junto con los datos de la historia clínica se estableció un psicodiagnóstico, así como un pronóstico, recomendaciones para los padres y un plan de tratamiento.

El segundo caso es de un adulto de 44 años. Se le realizaron varias entrevistas para la obtención de datos de la historia clínica, la cual se completó en cuatro sesiones. Se dispuso de una primera parte de cada sesión (treinta minutos aproximadamente) para la entrevista y en el tiempo restante se le aplicaron los siguientes tests en cinco sesiones:

- Army Beta II-R
- Bender
- Familia
- Machover
- H.T.P.
- SACKS
- Rorschach

De esta manera se pudieron interpretar los tests con la historia clínica como apoyo para establecer un psicodiagnóstico de acuerdo con los resultados.

Caso 1



DEPRESION INFANTIL

A) HISTORIA CLINICA

I.- Ficha de Identificación:

Nombre: "José"

Edad: 11 años 6 meses

Fecha de Nacimiento: 16 de Octubre de 1986

Sexo: Masculino

Escolaridad: Actualmente cursa el quinto año de primaria.

Lugar de Nacimiento: Los Angeles, California.

Lugar de Residencia: Morelia, Michoacán.

Fecha de la entrevista: 19 de Abril de 1998

Fuente y fidelidad de la información: El padre del niño.

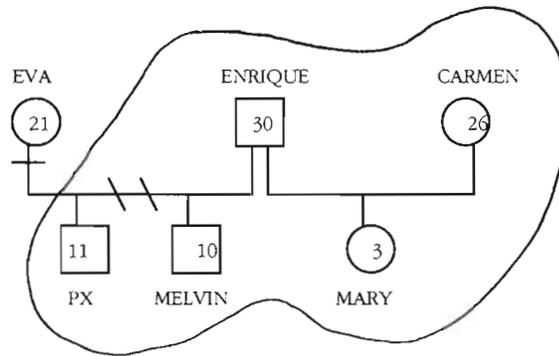
II.- Motivo de Consulta:

José es traído al Centro de Atención Psicológica por presentar problemas de conducta en la escuela. Es muy agresivo y realiza sus trabajos de forma apresurada y con poca atención, por lo cual comete muchos errores y su desempeño se ve afectado, ya que cuando trabaja mas calmadamente sus trabajos son buenos pero últimamente todo lo hace apresuradamente y esto le preocupa a sus padres por lo cual solicitaron una evaluación psicológica.

III.- Problema Actual.

José lleva 7 meses viviendo con su padre, su madrastra, su hermano y una media hermana después de haber estado viviendo varios años con unas tías. Ha habido poca aceptación de la madrastra.

IV.- Historia Familiar.



El padre de José, Enrique se fue a trabajar a Estados Unidos a los 17 años. A los 23 conoció a Eva con quien se casó después de cuatro meses de noviazgo, ella tenía 17 años. Al año de casados nació José y un año después Melvin. A los cuatro años de casados se divorciaron y Eva se quedó con los hijos. Enrique los visitaba cada fin de semana. Afirma que el matrimonio no funcionó porque en realidad no se conocían cuando se casaron y después se dieron cuenta de que no eran compatibles por lo cual decidieron separarse aunque mantuvieron una "buena amistad". En una ocasión cuando Enrique visitaba a Eva, ella sufrió un desmayo, el intento revivirla y al no lograrlo llamó a los paramédicos quienes la trasladaron a un hospital donde falleció horas después de un paro cardíaco. Enrique afirma que Eva posiblemente tenía alguna enfermedad que nunca mencionó, a pesar de que él únicamente decía tener asma, pero tiempo después, una amiga de Eva le comentó a Enrique que en una ocasión Eva mencionó estar muy enferma y que no quería que nadie se enterara. José tenía cinco años cuando esto sucedió y posteriormente Enrique los trajo a México en donde los cuidaron unas tías, hermanas de Enrique, ya que este siguió trabajando en E.U. y venía a visitarlos cada tres o cuatro meses. Hace aproximadamente tres años se volvió a casar en Estados Unidos con Carmen de 24 años de edad, tuvieron una hija y a los seis meses se vinieron a vivir a Morelia junto con los niños José y Melvin aunque en ocasiones ellos se iban a quedar todavía con las tías ya que Enrique estuvo todavía volviendo a E.U. Fue hasta hace siete meses que radica aquí de forma permanente y afirma que ya no piensa por lo pronto regresar a aquel país.

V.- Historia del Desarrollo.

José es producto de un parto normal. El padre afirma que fue un embarazo deseado y que a los dos le dio mucho gusto saber del embarazo. Los primeros años de vida transcurrieron de forma normal, a los tres años y medio fue hospitalizado el paciente por una infección en el riñón según comenta el padre aunque muestra cierto desconocimiento ya que no recordaba en realidad qué padecimiento fue, pero finalmente dijo que si fue "algo del riñón." Caminó a los dos años y empezó a hablar a los dos años seis meses. Ingresó al kinder a los cinco años. Repitió el primer año de primaria ya que lo había realizado en un pueblo donde estuvo con una tía y esos estudios no se pudieron revalidar en Morelia. Decidieron las tías meter a José a un internado con el consentimiento del padre porque pensaron que podrían educarlo mejor y les habían recomendado ese internado. En realidad dicho internado es conocido en Morelia como deficiente y para gente de escasos recursos, el cual no era el caso de la familia de José. José se escapó del internado saltando la barda, tomó un taxi y se fue a la casa de otra tía pidiéndole que no lo volvieran a internar. José tenía 6 años cuando esto ocurrió y no lo volvieran a internar.

Durante los primeros años de la primaria las tías recibieron quejas de que José les escondía las cosas a sus compañeros además de que era muy dado a pelearse. En una ocasión le rompió varios dientes a un compañero de un golpe por lo cual fue suspendido.

El padre de José afirma que se lleva bien con Melvin aunque no le gusta compartir sus cosas con él ya que José las cuida mucho y no le gusta que nadie las toque. Con su media hermana también se relaciona bien, la cuida y le gusta jugar con ella, tiene tres años de edad.

Al pedir al padre de José una descripción de él afirma que "es un niño normal, respeta a su padre y madre como cualquier otro niño".

Carmen lo describe como " aparte de normal es amable, cariñoso, grosero nunca ha sido, muy activo, inquieto, cuidadoso, muy aseado, cuidadoso con sus cosas".

II.- PROTOCOLO DE WISC-R



MP

10-4

WISC-R - ESPAÑOL

Escala de Inteligencia Revisada
 para el Nivel Escolar

Protocolo

NOMBRE José

EDAD _____ SEXO _____

DIRECCIÓN _____

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR _____

ESCUELA _____

GRADO _____

LUGAR DE APLICACIÓN _____

APLICÓ _____

REFERIDO POR _____

PERFIL WISC-R														
ESCALA VERBAL						ESCALA DE EJECUCIÓN								
Puntuación normalizada	Información	Semejanzas	Aritmética	Vocabulario	Comprensión	Retención de dígitos	Puntuación normalizada	Figs. in-completas	Ordenación de dibujos	Diseños con cubos	Composición de objetos	Claves	Laberintos	Puntuación normalizada
19	19	.	.	.	.	.	.	19
18	18	.	.	.	.	.	.	18
17	17	.	.	.	.	.	.	17
16	16	.	.	.	.	.	.	16
15	15	.	.	.	.	.	.	15
14	14	.	14	.	.	.	.	.	.	14
13	13	.	.	.	.	.	.	13
12	12	.	.	.	.	.	.	12
11	11	11	.	.	.	.	.	11
10	10	.	.	.	.	.	.	10
9	9	.	.	.	.	.	.	9
8	8	.	.	.	.	.	.	8
7	7	.	.	.	.	.	.	7
6	6	.	.	.	.	.	.	6
5	5	.	.	.	.	.	.	5
4	4	.	.	.	.	.	.	4
3	3	.	.	.	.	.	.	3
2	2	.	.	.	.	.	.	2
1	1	.	.	.	.	.	.	1

Fecha de aplic.		
Año	Mes	Día
_____	_____	_____
Fecha de naci.		
_____	_____	_____
Edad		
<u>11</u>	<u>4</u>	_____

	Puntuación natural	Puntuación normal
ESCALA VERBAL		
Información	<u>11</u>	<u>6</u>
Semejanzas	<u>12</u>	<u>8</u>
Aritmética	<u>13</u>	<u>10</u>
Vocabulario	<u>34</u>	<u>10</u>
Comprensión	<u>26</u>	<u>14</u>
(Retención de dígitos)	<u>(8)</u>	<u>(6)</u>
S u m a		<u>54</u>
ESCALA DE EJECUCIÓN		
Figs. in-completas	<u>20</u>	<u>11</u>
Ordenación de dibujos	<u>23</u>	<u>8</u>
Diseños con cubos	<u>21</u>	<u>8</u>
Compos. de objetos	<u>24</u>	<u>11</u>
Claves	<u>45</u>	<u>10</u>
(Laberintos)	<u>(23)</u>	<u>(10)</u>
S u m a		<u>58</u>

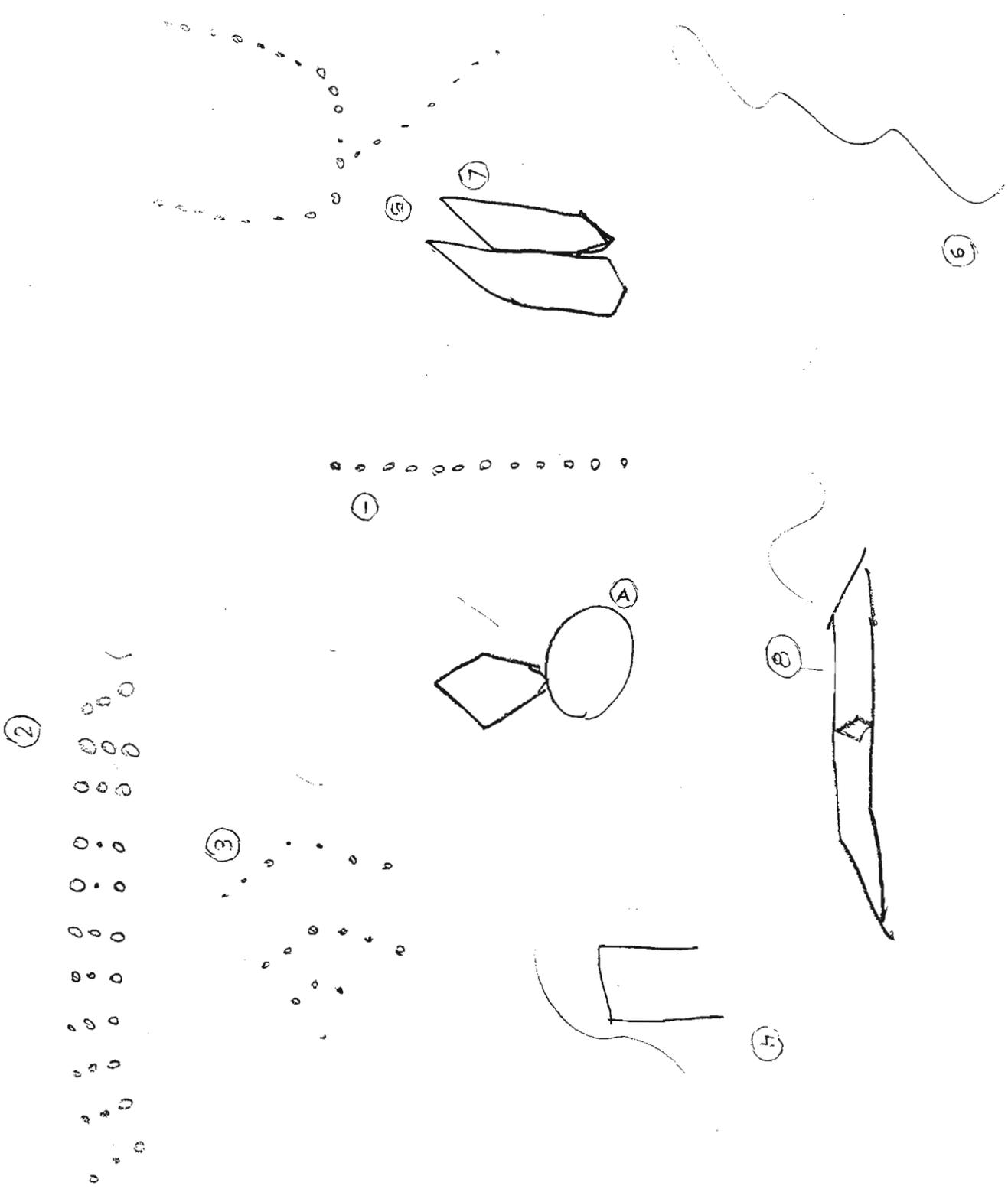
	Puntuación normal	CI
Escala Verbal	<u>54</u>	<u>105</u>
Escala de Ejecución	<u>58</u>	<u>111</u>
Escala Total	<u>112</u>	<u>108</u>

* Prorratio si es necesario.

OBSERVACIONES

$$\text{Edad Mental} = \frac{108 \times 11.5}{100} = \boxed{12.4 \text{ años}}$$

III. - TEST VISOMOTOR BENDER



IV.-TEST DE FRASES INCOMPLETAS SACKS

Nombre: "Jose"

Fecha de Nacimiento: 16 de Octubre 1986

Edad: 11 años

Fecha de Aplicación: 18 de Febrero 1998

Hora de Inicio: 6:20

Hora de Finalización: 6:36

1. Si yo fuera grande compraría un automóvil.
2. Me gustaría comprar habichuelas
3. Si yo supiera solamente manejar un carro
4. Odio a los perros rabiosos
5. Oh! Como me gustaría conocer a París
6. Antes me gustaba leer mucho
7. Lo que me entristece es no salir a jugar
8. Algún día conoceré mucha gente
9. Extraño tanto a mi amigo
10. Quiero ir a Nuevo León
11. Cuando estoy solo pienso mucho
12. Una vez me andaba ahogando
13. Quiero ver un animal peligroso
14. Me gustaría ser arquitecto
15. Si yo fuera mas inteligente pensaría mucho
16. Quiero a mi papá
17. Las niñas son feas
18. Mis amigos creen que les pego
19. Lo que mas me gustaría conocer a un artista
20. Deseo saber leer
21. Cuando sea mayor voy a ir a la secundaria
22. Mi mamá y mi papá son buenos
23. Siento como que si fuera a llorar
24. Me enoja porque me molestan
25. A veces pienso que soy un hombre
26. Yo sueño con muchas personas
27. Mi madre no me deja jugar
28. Cuando me despierto de noche me da sed
29. Dios es muy grande
30. Los niños son chiflados
31. Tengo miedo de perder mi reloj
32. Lo que me enoja es mis amigos
33. A otros niños y niñas les gusta jugar, jugar y jugar
34. Mi padre es muy bueno
35. Estoy celoso de aquellas personas
36. Me parezco a mi papá
37. Pienso mucho en mi papá
38. Estoy orgulloso de mi papá
39. Otra gente piensa que soy enojón

Test de Frases Incompletas SACKS -hoja 2

- 40. Me da pena bailar _____
- 41. Yo trato de leer mucho _____
- 42. Me divierto con _____ mis amigos jugando fútbol _____
- 43. A veces me siento triste porque _____ no me dejan salir a jugar _____
- 44. Cuando llegue a mi casa voy a _____ hacer mi tarea _____
- 45. Cuando alguien de mi familia esta enfermo _____ van al doctor _____
- 46. Si otra persona me golpea yo _____ lo golpeo y lo mato _____
- 47. Cuando otra gente viene a visitarnos a casa _____ me porto muy, pero muy muy bien _____
- 48. A la hora de la comida _____ como mucho _____
- 49. Me gusta _____ jugar _____
- 50. Si yo veo a un perrito quejándose de frío _____ lo llevaría y lo pondría en una sábana _____
- 51. Me gusta ser _____ responsable _____
- 52. Cuando juego _____ me divierto mucho _____
- 53. Si yo no obtengo lo que quiero en mi casa _____ no hago caso (a papás) _____
- 54. Si yo me lastimo en algún lado _____ me llevan al doctor _____
- 55. Cuando mis amigos vienen a visitarme _____ jugamos mucho _____

V.- TEST DE APERCEPCION TEMATICA - CAT

Nombre: José

Hora de aplicación: 6:15 - 6:32

I.- Tres pollitos que van a comer, hay una mesa, un mantel, una taza grande y al lado está parada la mamá. Los tres iban a comer y el papá no había llegado porque estaba trabajando y la mamá y los pollitos comieron solos, hasta en la noche llegó el papá.

II.- Eran tres osos jalando una cuerda, el papá del lado izquierdo, y la mamá y el bebé del otro lado, estaban peleando por ella, ganó el papá porque es mas fuerte porque la mamá y el osito no tenían más fuerzas. El osito y la mamá se lastimaron y al papá no le pasó nada porque cuando cayeron el osito le cayó encima a la mamá y se lastimaron.

III. Era un rey león que vivía en un castillo, estaba aburrido en su silla, tenía pipa y bastón. Estaba triste porque no habían animales y está desnudo. Luego vinieron muchos animales y se llenó el castillo y estuvo mas alegre.

IV. Iba un canguro en su bici, iba la mamá adelante con mochila, iban al bosque, iba uno chico con la mamá que iba sudando, llegaron hasta el bosque y habían animales que se los querían comer.

V. Es un cuarto grande, estaban dos osos chicos en una cuna, había una cama grande, lámpara, cabecera de madera. Los dos ositos en la cuna estaban dormidos. La mamá hacía la comida para su esposo. Los cachorros lloraban porque no les hacía caso por hacer la comida. Llegó el papá, agarró a los cachorros y se fueron a dormir.

TEST DE APERCEPCION TEMATICA CAT - hoja 2

VI. Eran dos osos en una cueva, el oso estaba dormido, la mamá no estaba, el cachorro estaba triste porque no había comida, se salió a caminar. Unos cazadores lo querían cazar pero el papá no vio porque estaba dormido, luego la mamá lo vio y se fue con el cachorro y ya se fueron los cazadores y se regresaron a la cueva.

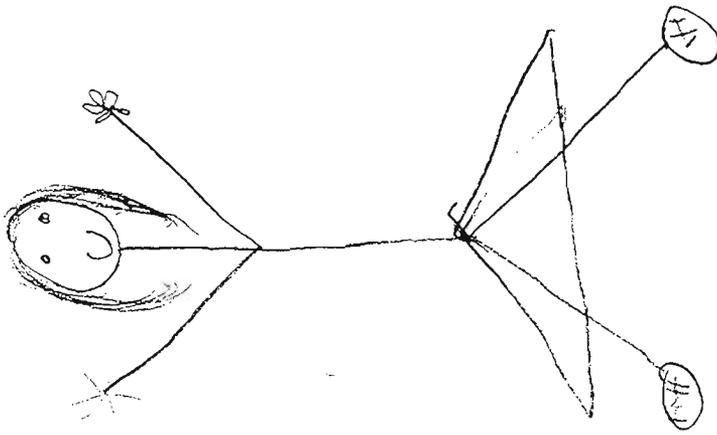
VII: Una selva donde había muchos animales, cuerdas , changos, jirafas. Un día un tigre con hambre buscó qué comer y vio un chango y se lo quería comer. Saltó de rama en rama y se comió dos changos, luego en un árbol llegó una víbora de cascabel y lo picó y se murió y se lo comió todo la víbora.

VIII. Era una familia de changos, la mamá invitó a tomar un té a una amigas changas, estaba un cuadro con la foto de la changa, había un sillón y un niño le pedía permiso de salir a jugar. Le dijo que primero estudiara y el estudió y se salió a jugar fútbol pero se lastimó un pie y ya se fueron las demás changas y ya se fueron a dormir la mamá y el niño chango.

IX. Era una casa de madera, estaba una hija coneja, los papás no estaban, se fueron a comprar zanahorias. Se salió a la calle y se embarró toda de lodo, sus amigas le dijeron que sacara sus muñecas, las sacó y se las rompieron, lloró y se metió y se durmió, cuando llegaron los papás ella estaba dormida y bien sucia.

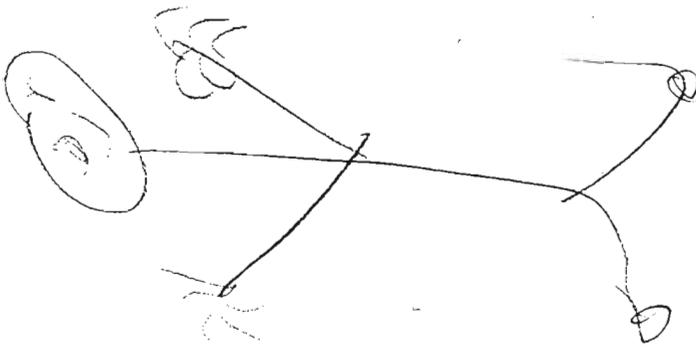
X. Era un perrito que no alcanzó a llegar al baño y su papá lo estaba regañando y le ladraba para que aprendiera. Se había salido a jugar y entró corriendo al baño pero no alcanzó por eso lo estaban regañando.

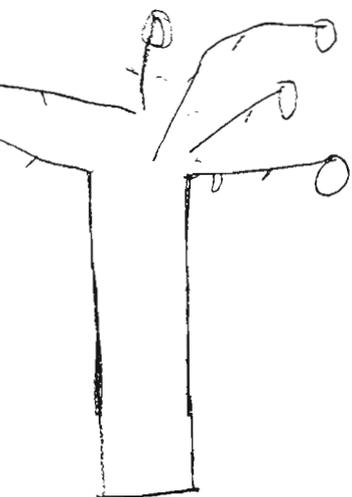
VI. - MACHOVER (A)



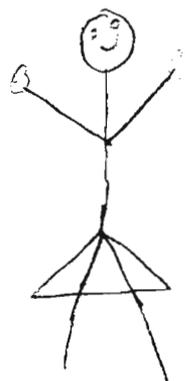
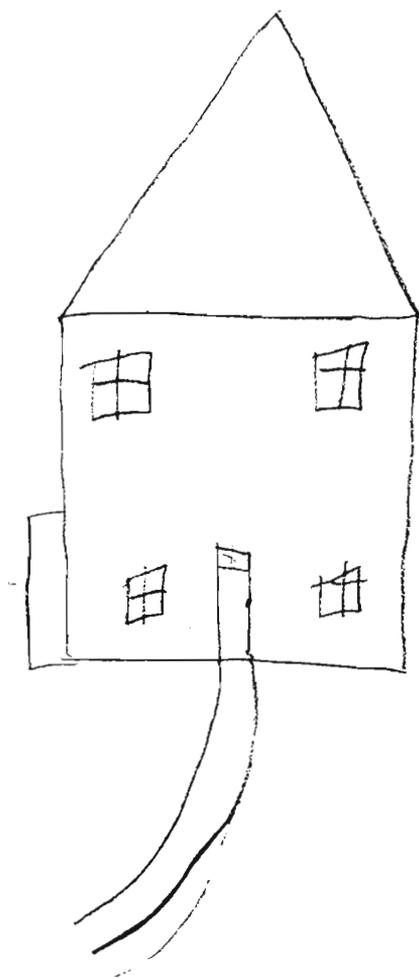
TIA MIRNA

MACHOVER (B)





VII. - HTP



VIII.- DIBUJO DE FAMILIA

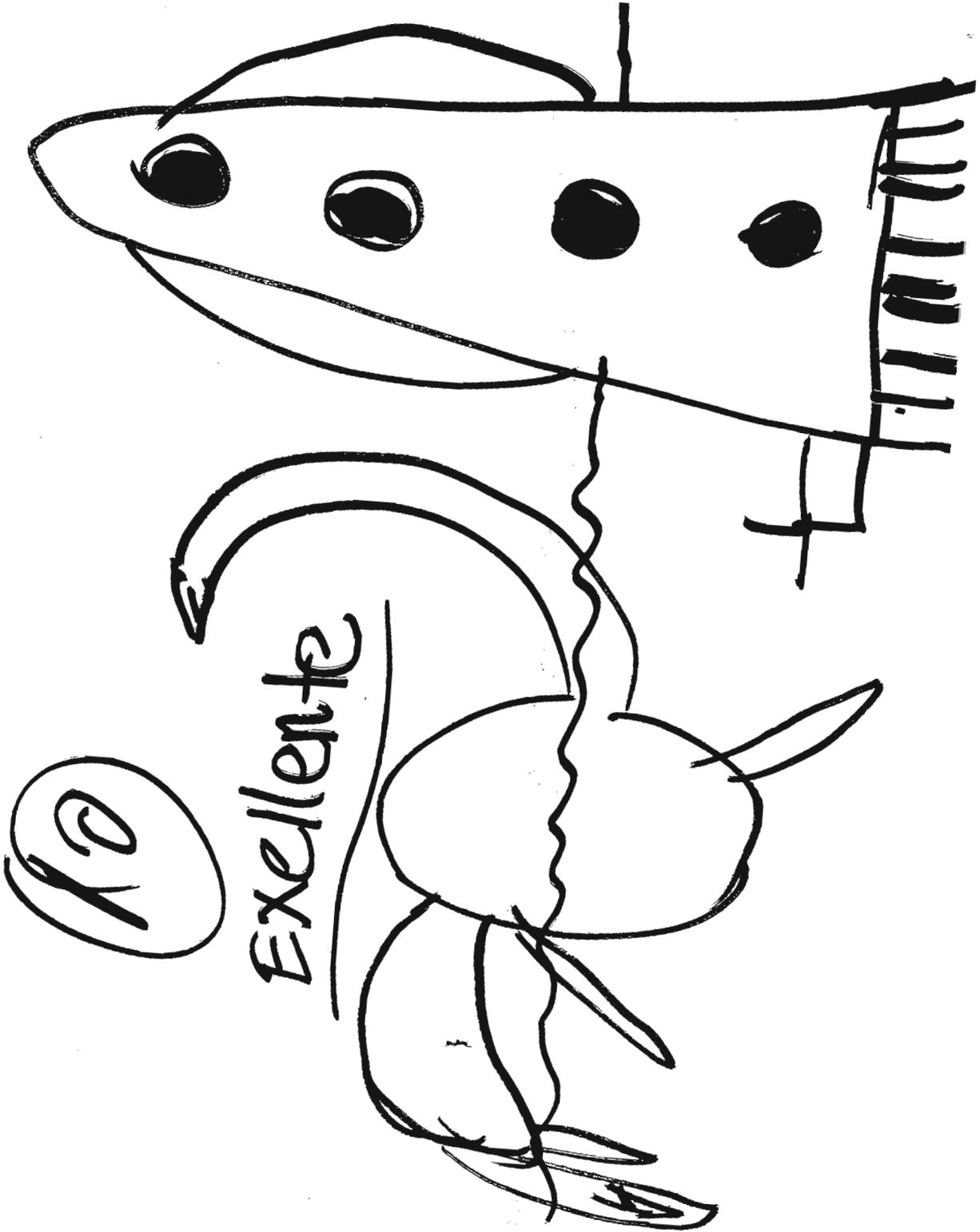


DRA G O N B a i K

IX.- FIGURA BAJO LA LLUVIA



X:- DIBUJO LIBRE



Caso 2



ESQUIZOFRENIA

A) HISTORIA CLINICA

I.- Ficha de Identificación:

Nombre: J.J.

Edad: 40 años.

Fecha de Nacimiento: 4 de Diciembre de 1957

Sexo: Masculino.

Estado Civil: Separado.

Ocupación: Desempleado.

Escolaridad: Secundaria.

Lugar de Nacimiento: Morelia, Michoacán.

Lugar de Residencia: Morelia, Michoacán.

Religión: Católica.

Fecha de la entrevista: 20 de abril de 1998.

Fuente y fidelidad de la información: Directa e incierta.

II.- Motivo de Consulta:

Manifiesto: J.J. acude al Centro de Atención Psicológica ya que fue enviado de la Coordinación de Gestión Social, a donde fue enviado al acudir a un Centro de Trabajo en busca de empleo. Afirma que no ha encontrado trabajo desde Noviembre de 1997 y que por esto ha comenzado a "divagar", dice escuchar voces que lo mandan y hablan mal de el, voces de personas que conocía antes, dice que ya no aguanta "los nervios" y le cuesta mucho trabajo dormir, esto ya le había pasado varias veces, la última fue en Enero del año pasado, ahora busca ayuda porque ya quiere "curarse" para poder trabajar. El paciente afirma que espera que se le den medicamentos, consejos y "una voz" que lo guíe y ayude. Dice haber estado internado anteriormente en México D.F. y en Guadalajara, no recuerda cuantas veces estuvo hospitalizado. Menciona haber tomado por prescripción los siguientes medicamentos Ativan, Tegretol, Aquineton y Haldol.

Latente: El paciente describe haber tenido alucinaciones de tipo visual, auditivas y táctiles, por lo cual pareciera que por espacios de tiempo no determinados pierde contacto con la realidad.

III.- Padecimiento o Problema Actual.-

J.J. afirma que desde los 16 años aproximadamente, comenzó a fumar marihuana, posteriormente continuó con otras drogas inhalantes y "pastillas" además de consumir alcohol en exceso. No recuerda la primera vez que oyó esas voces, solo que fué cuando fumaba marihuana. Escucha las voces en la noche cuando se acuesta y también en las mañanas. Las describe como "internas" y "externas". Afirma que primero siente el "espíritu de personas que lo jalar", lo ofenden llamándolo homosexual y se ríen de él. Dice sentir que hay algo "adentro de su cuerpo que es el mal" que lo odia y lo quiere a la vez y que "le da mas de lo que él puede soportar", es decir que lo lleva a lugares como una voz que lo va guiando diciéndole a donde ir, como a una cantina. Al escuchar el radio siente que están hablando de él. Dice que a veces la voz es como la de su padre o la de su padrino y que es un "Satanás" y que él es igual o peor. Describe que alucina "cosas mentales", que le dicen que determinada persona es buena o mala. Afirma que hay una guerra en la tierra entre Satanás y sus ángeles y los seres humanos. Habla de una "bestia humana" que él dice es el Papa y una "segunda bestia humana" que descubrió por las voces que también le dicen que la Iglesia Católica es el trono de Satanás y los ministros de la Iglesia tienen relaciones sexuales.

Algunas de las alucinaciones visuales son de contenido religioso ya que ve ángeles con trompetas, también afirma que es guiado por las voces como en sueños a lugares como castillos, casas, cárceles, en donde ve luces, "espejismos" y sombras. Vive con temor por esa guerra que vive y que se imagina terminará pronto.

Menciona que antes se levantaba tarde, a las diez u once de la mañana pero que ahora se levanta a las ocho o nueve de la mañana. Al despertar se siente "crudo", tiene mucha sed. antes se bañaba diariamente pero ahora no por "complejos" ya que cree que por bañarse se le va a caer el pelo.

El paciente refiere que hace ya dos meses que no consume drogas, antes de eso estuvo consumiendo "en exceso" por varios meses ya que anteriormente había durado seis meses sin consumir. Dice que aparte de querer

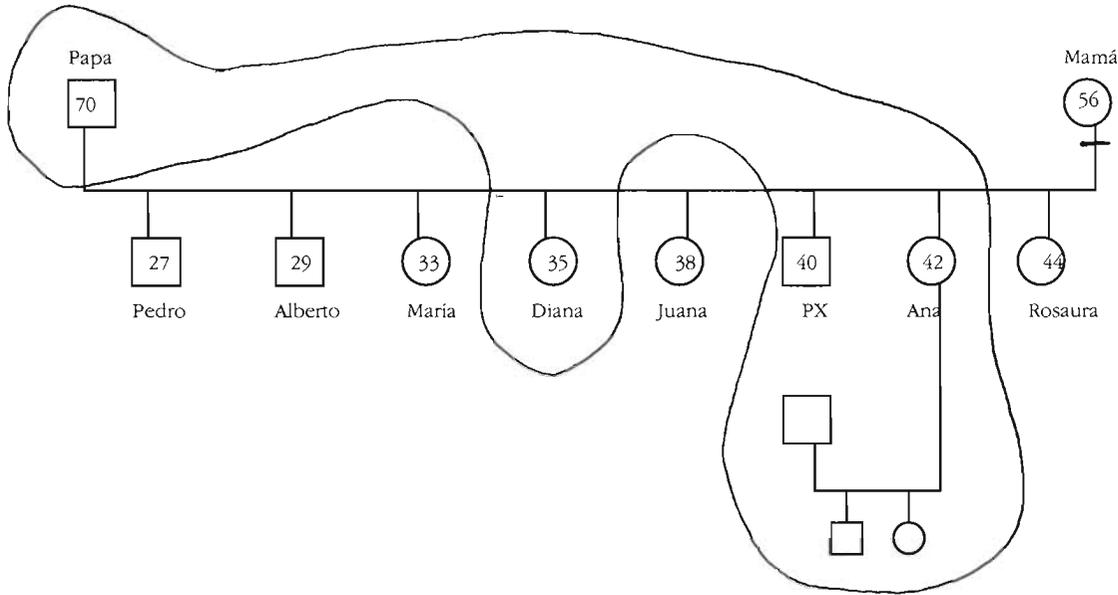
trabajar, sueña con encontrar una mujer, pero tiene la idea recurrente de otra mujer que alguna vez vio y que era "tan bella como la Virgen María" y ese recuerdo no lo deja en paz.

Por otra parte, dentro de sus relaciones interpersonales, menciona haberse casado a los 19 años y que de esto se arrepiente ya que se casó "sin amor", se separó de su esposa un mes después de haberse casado teniendo ya dos hijos que no ha vuelto a ver desde hace diez años. Su vida laboral ha sido inestable.

Manifiesta una pobre capacidad de toma de decisiones cuando tiene alucinaciones ya que es controlado por lo que escucha por lo tanto difícilmente asume responsabilidades y agrede verbalmente a los demás. En los espacios de tiempo en que no manifiesta los síntomas señalados se muestra funcional aunque presenta un aplanamiento afectivo y cierta lentitud en sus acciones y movimientos.

IV.- Area Familiar (Familia de Origen).

Familiograma.-



Antecedentes Familiares.-

Refiere que ningún miembro de su familia había padecido enfermedad alguna excepto su madre que padeció diabetes.

Madre.- Falleció de coma diabético, hace aproximadamente 6 años, ella tenía 56 años de edad y el paciente tenía 35 años. Afirma que la extraña mucho y que le quedó mucho remordimiento porque sabe que la hizo sufrir por la conducta que el presenta, ella le decía a el que "estaba mal". El paciente recuerda que ella lloraba y no sabe por qué motivo, además de que ella rechazaba a su padre y éste le hablaba fuerte. No se tienen más datos.

Padre.- El paciente vive con el y afirma que era licenciado, y tuvo una notaría, dice recordar el despacho de su padre. Actualmente tiene aproximadamente 70 años de edad. J.J. describe a su padre como "un hombre bueno" sin embargo lo regaña mucho. Cabe mencionar que en ocasiones puede identificar una de las voces dentro de su alucinación como la de su padre.

Hermanos.- Actualmente vive con su padre y dos de sus hermanas, Ana y Diana, Ana esta casada y tiene un hijo y una hija, viven los seis juntos incluyendo al paciente. En total son ocho hermanos, tres hombres y cinco mujeres.

Rosaura.- Es la mayor, tiene 44 años, es licenciada en turismo. Estuvo casada, su esposo murió en un accidente automovilístico hace ocho años. El paciente afirma que se fue a Acapulco a trabajar con Rosalba y su esposo ya que le ofrecieron irse con ellos para ayudarlo pues no tenía trabajo.

Ana.- Tiene 42 años, es casada y se dedica al hogar, ella vive junto con su pareja e hijos con su papá y otra hermana. Afirma el paciente que ella lo regaña mucho.

Juana.- Tiene 38 años, estudió leyes pero no terminó, es casada y tiene un niño y una niña.

Diana.- Tiene 35 años, estudió comercio y ahora estudia leyes, según informa J.J., es casada pero la dejó el marido. Afirma el paciente que ella nunca lo regaña como los demás (como su padre y Ana).

María.- Tiene 33 años, es casada y se dedica al hogar.

Alberto.- Tiene 29 años, estudió arquitectura y trabaja en el Ayuntamiento.

Pedro.- Tiene 27 años, estudió leyes pero se salió. El paciente desconoce en donde trabaja actualmente.

En cuanto al ambiente familiar durante la infancia y la adolescencia, el paciente afirma primero que casi no recuerda su infancia y después que no le gusta acordarse y que se siente muy mal al retomar estos primeros recuerdos.

V.- Datos Evolutivos.

Desarrollo Temprano.- Afirma que fue ochomesino y que a los dos años le hicieron una transfusión de sangre por una enfermedad que desconoce cual fue y como fue su incidencia.

Primera Infancia.- No da información de este período.

Niñez.- Unicamente menciona que lo obligaban a poner mas empeño en la escuela.

VI.- Adolescencia.

Comenzó a fumar marihuana a los 15 años, afirma que fumó y consumió alcohol en exceso y que también se masturbaba mucho, esto lo menciona como si fuera una probable causa de su padecimiento. Además habla de una serie de intervenciones quirúrgicas que ha tenido sin poder definir cuando ni porque se le realizaron ya que no recuerda "que diablos le hicieron" en las manos, en las piernas y menciona además una hernia inguinal, también usando esto como explicación para su padecimiento. Tiene varias cicatrices en la mano pero después habla de una pelea que tuvo en donde recibió cortadas en las manos. Las alucinaciones comenzaron alrededor de los 17 años de edad.

VII.- Area Escolar.

Primaria.- Menciona que sus padres lo obligaban a poner mas empeño en la escuela y que "con trabajo" terminó la primaria.

Secundaria.- Tuvo dificultades para terminar la secundaria y refiere que pudo terminarla "con chanchullo" el cual no describió.

Preparatoria.- La preparatoria no la terminó a pesar de que ingresó dos veces.

VIII.- Area Laboral.

Ha trabajado en diversos lugares entre los cuales menciona Acapulco, a donde fue a trabajar con un cuñado quien le brindó la oportunidad de trabajar "empacando cosas y manejando una combi" dentro de su negocio para que se alejara de la droga y las malas influencias. Estuvo casi un año trabajando ahí pero relata que "salió mal con el cuñado" ya que estando bajo el efecto de drogas tuvo un altercado con el y le dio "un puntapié contra la rodilla". Después se fue a Tijuana, en donde estaba un conocido de la familia. Ahí trabajo de ayudante en una veterinaria. Menciona que estando allá se ponía muy nervioso porque tenía "deseos de disfrutar la vida" y no encontraba como hacerlo por lo que de nuevo comenzó a consumir drogas y estuvo solo unos meses en Tijuana. Posteriormente se fue a Estados Unidos en donde trabajó en un restaurant por muy poco tiempo ya que después menciona que dedicó a la "vagancia". Después de pocos meses se regresó a Morelia, en donde ha trabajado en una impreza y de albañil.

IX.- Relaciones Interpersonales.

No habla de amigos o personas allegadas mas que de su padre q quien considera un buen hombre y a su madre ya fallecida con la cual siente remordimiento por haber sido mal hijo. Al preguntarle por amigos dice que si tiene algunos pero al pedir mas información afirma que en realidad no recuerda sus nombres y no los frecuenta.

X.- Area Sexual.

Afirma que su sexualidad la ha ejercido de una forma "muy sucia", ya que se masturba constantemente y todo el día está teniendo fantasías sexuales con las mujeres que ve. Dice que tuvo que casarse por haber tenido relaciones genitales con esa mujer pero que en realidad no la quería y fue un error. Dentro de sus alucinaciones menciona que lo insultan llamándolo "joto". Dice que antes, al caminar por la calle, les decía "tonterías" a las muchachas y a los jóvenes, a las mujeres les decía "prostitutas" y de los hombres se reía. Afirma que a veces todavía lo hace porque "se le sale".

XI.- Vida Marital.

Se casó a los 19 años pero este matrimonio duró nada más unos meses. Afirma que se tuvo que casar a pesar de que no quería a su pareja pero había tenido dos hijos con ella, se fue a Chiapas en donde se casó pero a los pocos días se regresó a Morelia porque no quería estar con su pareja. Hace ocho años que no ve a sus hijos ni a su esposa y no mantiene contacto con ellos. Afirma que el haberse casado fue un error y que esto "lo trae mal de la mente" ya que se arrepiente de haberlo hecho. No da más información al respecto.

XII.- Farmacodependencia. (Adicciones o Hábitos).

Menciona que han habido períodos en los que consume alcohol en exceso y esto va siempre acompañado del consumo de marihuana. Se desconoce la cantidad y frecuencia. Comenzó a consumir a los 15 años aproximadamente. Describe el haber comenzado a fumar con amigos y que después se hizo un hábito que realizaba a solas comenzando con un cigarrillo de marihuana al día y llegando a consumir tres o más. Después comenzó a experimentar con otras drogas; inhalantes como el cemento o pegamento, pastillas y otras sustancias que no especificó. Afirma que no ha consumido cocaína ni se ha inyectado sustancias. Ha durado meses consumiendo de esta forma después viene un período de abstinencia de días hasta meses y posteriormente vuelve al consumo.

XIII.- Comportamiento Antisocial.

Afirma que ha estado preso muchas veces sin especificar cuantas ya que dice no recordar con exactitud. Ha estado detenido por robo, daños a propiedad ajena, y relata que en una ocasión, en Tijuana, al ir a buscar una mujer que le gustaba, esta no le hizo caso y se fué, pero poco después llegaron unos jóvenes en un coche y J.J. apuñaló a uno de ellos por lo cual estuvo preso nueve meses. Afirma que en Morelia ha estado preso "por causa de la drogadicción". Cabe mencionar además que agredió físicamente a su cuñado cuando se fue a trabajar con él a Acapulco, y las agresiones verbales de índole sexual que hace a muchachas y jóvenes aunque esto ya fue mencionado anteriormente.

XIV.- Examen Mental.

Conducta y aspecto general del paciente.- El paciente es de facia poco expresivo y su tono de voz es bajo con pocas variaciones en tono y volumen. Es de complexión delgada, alto y parcialmente calvo. Su edad aparente parece corresponder con la cronológica. Tez blanca con aspecto ruborizado y algunas cicatrices de acné. Usa bigote. Viste de pantalón de mezclilla, camisa de manga larga y tenis. Lleva siempre consigo una gorra de béisbol que se quita en la sala de espera y se pone al salir del Centro. Da la impresión de no haberse bañado en varios días.

Acude a las citas con hasta dos horas de anticipación ante lo cual afirma que de todos modos no tiene nada qué hacer y no le importa esperar. Al hablar con el hace poco contacto visual y agacha la cabeza al hablar. Se observa relajado y despreocupado, sus movimientos son lentos, es capaz de concentrar su atención para la ejecución de pruebas pero fácilmente se da por vencido.

Describe su actividad diaria como rutinaria ya que se levanta a las nueve de la mañana y primero esta sentado en su cama pensando en que va a hacer durante el día, se viste y se sale a caminar, afirma que durante gran parte de la mañana anda caminando por la ciudad sin rumbo fijo. Regresa a su casa para comer rápidamente y se vuelve a salir a caminar.

Estado de la cognición y del sensorio.- El paciente se encuentra adecuadamente orientado en persona, espacio y tiempo aunque afirma que en ocasiones se le olvida la fecha. Es capaz de mantener la atención y concentrarse por períodos de 20 a 30 minutos en una tarea, cuando estas se van haciendo mas complejas desiste por completo y no se esfuerza por contestar.

En el relato del paciente sobre su historia personal existen algunas inconsistencias e incluso confabulaciones espontáneas. Su memoria a largo plazo parece estar alterada ya que hay mucha imprecisión en cuanto a recuerdos de hechos importantes ademas de que afirma que hay muchas cosas que ya no recuerda de forma clara. Se encontró un grado de inteligencia limítrofe.

Discurso y contenido del pensamiento.- Su discurso es lento, se expresa con precisión usando palabras apropiadas. Cambia de tema con demasiada frecuencia. El contenido del pensamiento esta marcado por una constante preocupación por lo que va a suceder en cuanto a "la guerra" que menciona a menudo entre el bien y el mal. Existe además una gran preocupación por encontrar una pareja. Menciona que gran parte del tiempo esta inmerso en fantasías. Afirma que le preocupa la caída del pelo y que por este motivo no se baña y usa siempre gorra de béisbol. Otro aspecto importante es que se reconoce como en un estado de crisis al darse cuenta de que no ha hecho nada de su vida ya que gran parte de ella la ha vivido "como un niño".

Creencias y experiencias anormales de interpretación de eventos.- Afirma qué desde que era adolescente le gustaba fantasear que pertenecía a una organización secreta como la mafia y que al caminar por la calle le invadía un deseo de pasar por determinada calle "por venganza", pero posteriormente se dio cuenta de que sus fantasías eran realidad y esto lo hizo "sufrir mas".

Menciona que no le gusta oír el radio porque le parece que están hablando de el. Describe claramente experiencias de alucinaciones auditivas, visuales y táctiles que ocurren generalmente en la noche al conciliar el sueño y cuando despierta por la mañana, que además son momentos en que el se masturba y hace mucha referencia a esto con culpa y como una posible causa de su padecimiento.

Afectividad.- Presenta aplanamiento afectivo, ya que en su discurso hace referencia a eventos y situaciones poco comunes y de contenido emocional fuerte, el hace pocas variaciones en su expresión. La única emoción que expresa en ocasiones es de enfado e incomodidad al tener que retomar eventos que el describe como dolorosos y se muestra disgustado; agacha la cabeza, tensa la mandíbula y respira mas profundamente.

XV.- Diagnóstico Descriptivo.-

El paciente describe una clara pérdida de contacto con la realidad. Presenta alucinaciones auditivas, táctiles y visuales, ideas delirantes.

XVI.-Diagnóstico Nosológico Principal.-

De acuerdo al DSM-IV:

- Esquizofrenia de tipo paranoide.

XVII.- Pronóstico.-

El grado de deterioro que presenta el paciente le haría difícil lograr una vida altamente productiva, esto dado su C.I., pero con la ayuda de medicamentos antipsicóticos y el ingreso del paciente a un grupo de ayuda a farmacodependientes podría posiblemente lograr cierta estabilidad y un mejor funcionamiento. Esto requeriría de mucha disciplina y apoyo de los familiares el cual hasta ahora no se ha manifestado en forma clara por lo cual considero que por sí solo el paciente no es capaz de dejar el consumo de drogas de forma definitiva. Sería recomendable realizar una valoración neurológica para determinar con precisión el daño orgánico que pudiera existir ya que es altamente probable que lo haya aunque en el Bender no se encontró indicador alguno.

XVIII.- Tratamiento.-

El paciente será canalizado con un psiquiatra y a un grupo para farmacodependientes. Se citará a los familiares para que estos conozcan las recomendaciones y los posibles resultados y consecuencia de seguir o ignorar el tratamiento sugerido.

B) APLICACION DE LOS TESTS

I.- PROTOCOLO DEL ARMY BETA II-R

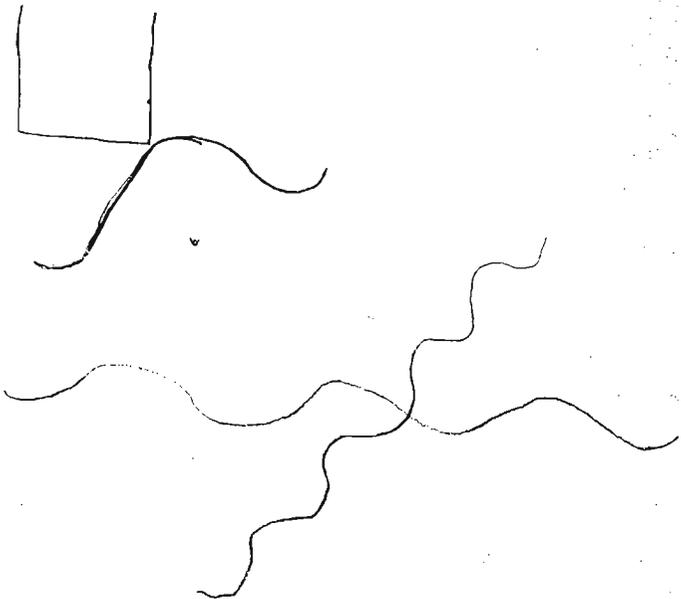
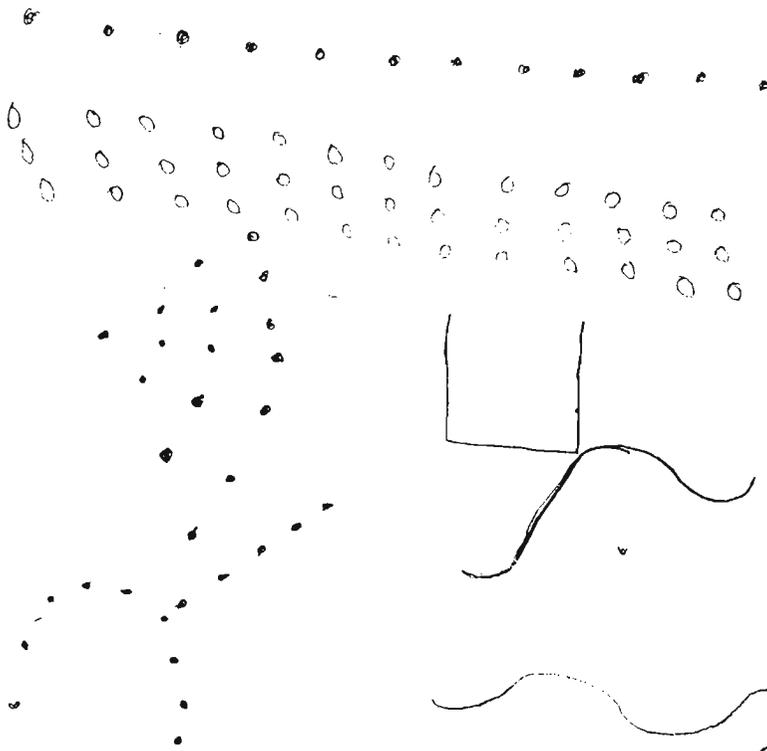
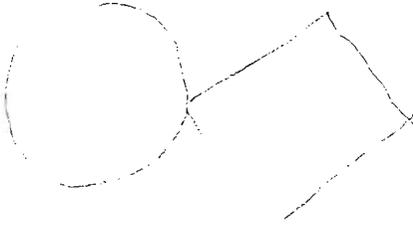
Nombre: _____

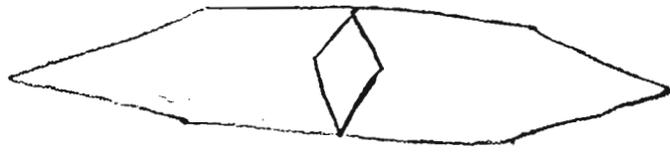
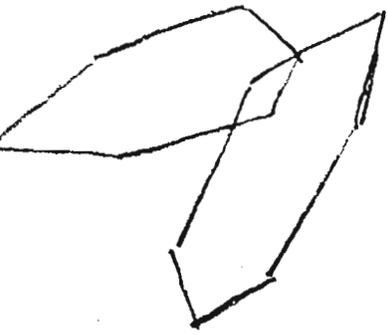
Edad: 41 años Fecha: 28 de Abril '98

SUMARIO		
	Puntuaciones naturales	Puntuaciones normalizadas
Tarea 1	10	15
Tarea 2	50	6
Tarea 3	9	8
Tarea 4	7	3
Tarea 5	7	0
Tarea 6	14	6
Suma de puntuaciones normalizadas		38
CI Beta	Limitrofe	71
Percentil		2

II. BENDER

240498





Bender

III.- TEST DE FRASES INCOMPLETAS SACKS

T. INICIO: 6:25
NOMBRE: JJ
FECHA: 28 DE ABRIL 1998

T.TERM.: 6:47
EDAD: 41 AÑOS ESCOLARIDAD: Secundaria

- 1.- Siento que mi padre rara vez me trata con mucho amor.
- 2.- Cuando la suerte está en mi contra le pido ayuda a Dios.
- 3.- Siempre he querido tener una compañera, ser diferente
- 4.- Si tuviera algún encargo trataría de poner todo mi empeño
- 5.- El futuro me parece incierto y bueno
- 6.- Las personas que son mis superiores las respeto y tomo en cuenta lo que dicen pero se equivocan a veces
- 7.- Se que es una tontería pero tengo miedo del miedo
- 8.- Siento que un verdadero amigo me podría ayudar
- 9.- Cuando era niño era feliz
- 10.- Mi idea de un(a) hombre/mujer perfecta no existe
- 11.- Cuando veo a un hombre y a una mujer juntos siento alegría
- 12.- Comparada con la mayoría de las familias, la mía es buena
- 13.- En el trabajo me llevo bien con todos
- 14.- Mi madre ya falleció y me quedó remordimiento
- 15.- Daría cualquier cosa por olvidar la vez que yo he ofendido a Dios
- 16.- Si mi padre solamente fuera o estuviera aquí, así lo querría
- 17.- Creo que tengo habilidad para nada
- 18.- Sería completamente feliz si tuviera una compañera
- 19.- Si la gente trabajara bajo mis órdenes la traería trabajando rápido y con amor
- 20.- Busco tranquilidad, paz, y una compañera
- 21.- En la escuela mis maestros fueron buenos
- 22.- La mayoría de mis amistades no saben que yo tengo miedo de hablar
- 23.- No me gusta la gente que es agresiva o se burla
- 24.- Antes cuando era mas joven, era orgulloso, malo
- 25.- Pienso que la mayoría de las/ los muchachas/os son alegres
- 26.- Mi concepto del matrimonio es bueno
- 27.- Mi familia me trata como bien
- 28.- Las personas con quien trabajo o convivo son alegres
- 29.- Mi madre y yo siempre nos llevamos bien, nos quisimos mucho
- 30.- Mi peor equivocación fue haberme casado
- 31.- Deseo que mi padre sea feliz
- 32.- Mi mayor debilidad es que no me importa nada
- 33.- Mi ambición secreta en la vida es tener muchas mujeres
- 34.- La gente que trabajó o trabajará bajo mis órdenes la trataría duro
- 35.- Algún día yo quisiera poder tener bienes materiales
- 36.- Cuando veo venir a mi jefe (doctor) me da miedo
- 37.- Me gustaría perder el miedo a todo
- 38.- La gente que mas me gusta la respeto
- 39.- Si fuera joven o niño otra vez cambiaría todo
- 40.- Creo que la mayoría de las/los mujeres/hombres son canijas



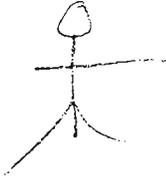
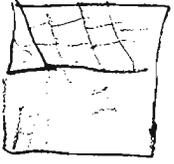
TEST DE FRASES INCOMPLETAS SACKS - HOJA 2

- 41.- Si yo hubiera tenido relaciones sexuales me hubiera gustado mucho
- 42.- La mayoría de las familias que conozco se llevan bien
- 43.- Me gustaría trabajar/estar con personas que respetaran y fueran inteligentes, no bromistas
- 44.- Pienso que la mayoría de las madres sufren
- 45.- Cuando era pequeño me sentía culpable de que me masturbaba
- 46.- Pienso que mi padre es (o fue) buena onda
- 47.- Cuando las circunstancias son adversas pido ayuda o lloro
- 48.- Al dar órdenes a otros estaría bien
- 49.- Lo que mas deseo en la vida es tener compañía, dinero, poder
- 50.- Cuando sea mas grande de edad me gustaría ser sabio
- 51.- La gente que yo creo mis superiores son buenos
- 52.- A veces mis temores me impulsan a cometer errores
- 53.- Cuando no estoy presente, mis amigos (o amistades) los juzgo
- 54.- Mi experiencia infantil mas recordada cuando se quemó un cuarto en la casa
- 55.- Lo que menos me gusta de las/los mujeres/hombres que sean autoritarias
- 56.- La vida sexual es sucia
- 57.- Cuando era niño, mi familia me trataron bien
- 58.- La gente que trabaja conmigo generalmente se pasaban de listos
- 59.- Me gusta mi madre pero sufrió mucho
- 60.- La peor cosa que he hecho en mi vida matar ilusiones y todo muchas cosas malas

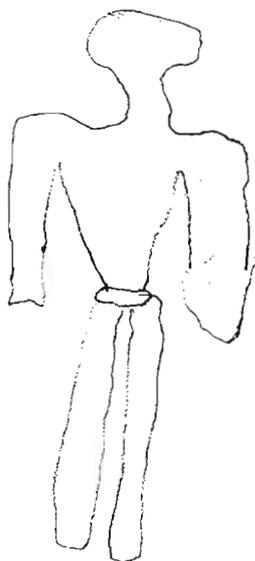
OBSERVACIONES

El paciente se fue mostrando mas ansioso conforme transcurría el test, por lo cual era necesario pausar entre algunos números ya que afirmó que comenzó a sentirse enojado e inquieto, su estado de ánimo cambio notablemente de una actitud cooperativa y participativa a una de irritabilidad.

IV.- DIBUJO H.T.P.



V.- DIBUJO DE MACHOVER - A

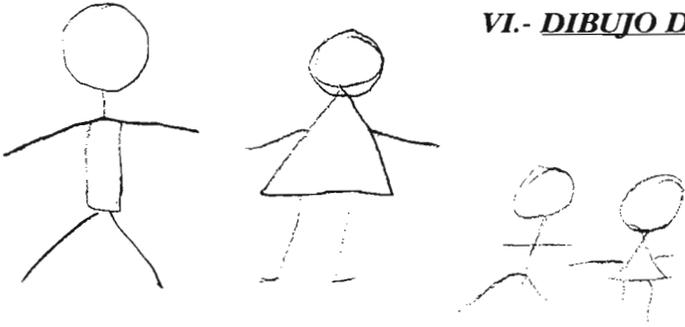


DIBUJO DE MACHOVER - B

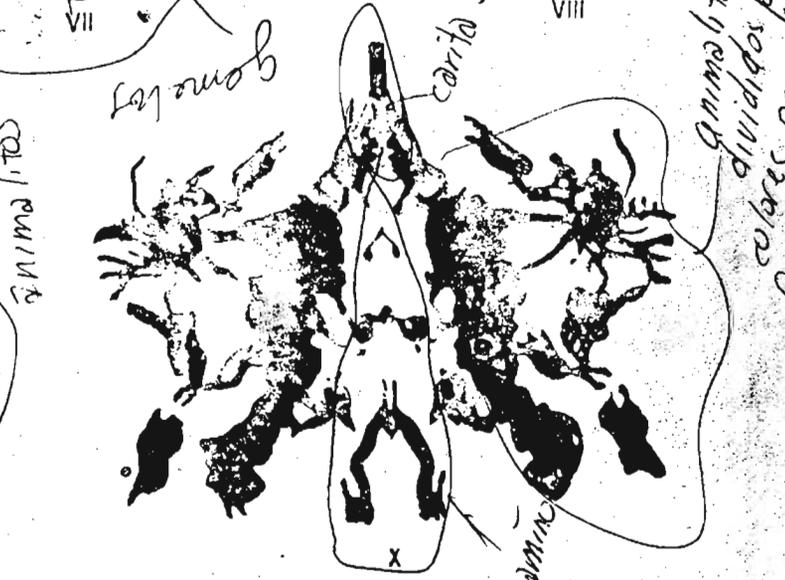
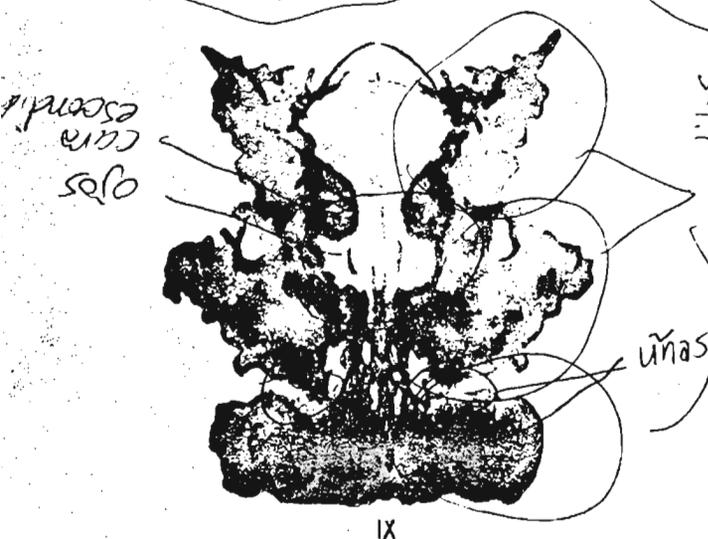
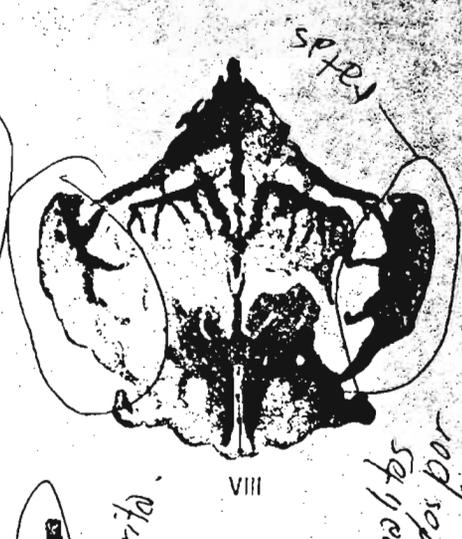
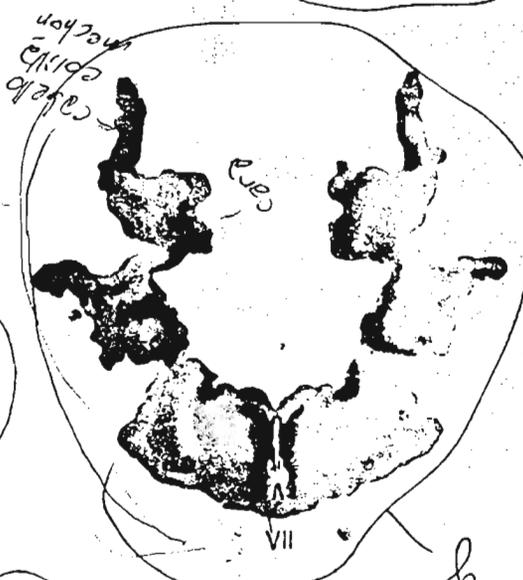
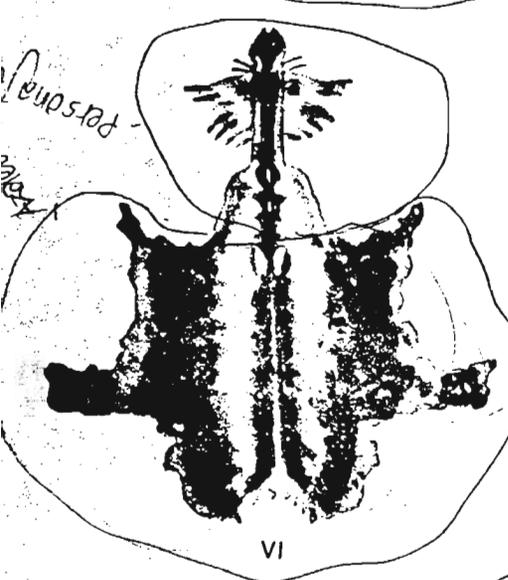
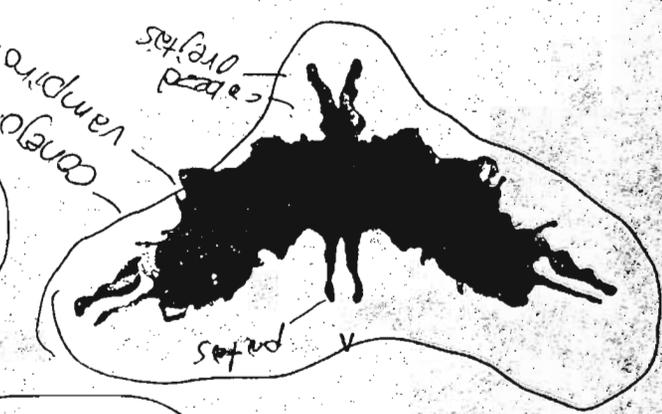
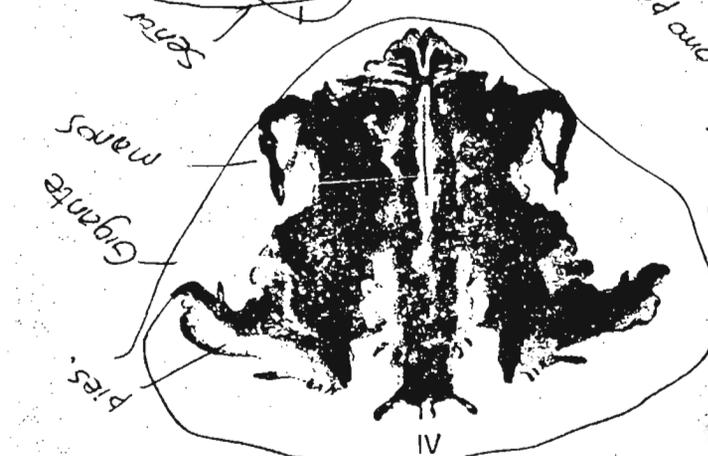
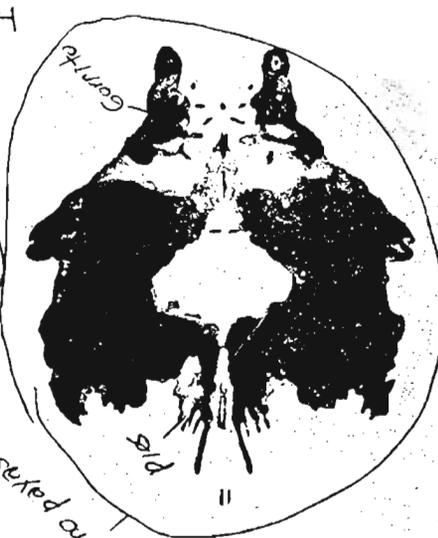
②



VI.- DIBUJO DE LA FAMILIA



Señalados comunicativos siempre juntos



VII.- HOJA DE RESPUESTAS DEL RORSCHACH

# de Lámina	t"r	Respuesta
I	10"	- Un como murciélago, o como alguien que estaba volteando para allá pero que se iba a caer.
II	4"	- Dos personas casi igual que se miran en un espejo.
III	3"	- Es parecida a la otra, pueden ser como pulmones, artistas o no se qué.
IV	9"-	- Un toro, sabe qué será, hueso de toro gigante. Está casi igual a las otras.
V	5"	- Un como conejo que está abierto, también como vampiro.
VI	5"	-También es parecida a los demás. Esto está más como un cuerno de algo y acá un personaje arriba.
VII	5"	- También es parecida a las otras, de uno salen dos igual como gemelos, de donde salen es lo mismo, sale humo de esa parte.
VIII	32"	- Es igual que sale de estas dos partes...salen como dos de acá de acá de este lado como ratas.
IX	15"	- Alguien que está hasta mero atrás y lo protegen las sombra con uñas o sabe que... sosteniéndose, pueden ser uñas. - Son así como esos perritos o lobos, ratoncitos y de ahí se sostienen los verdes y otros mas arriba.
X	5"	- Es uno como camino también y aquí ya son todas las formas que salen, tiene uno que llegar hasta allá o para ir hasta allá...todo lo que tienen que recorrer. - La cara es flaca y expande colores... es fea ¿no?

RORSCHACH (continuación)

Nombre: J.J.

Se le sugirieron al paciente algunos títulos de temas recurrentes en la entrevista y se le pidió que se los asignara a una lámina. Los títulos se mencionaron en el siguiente orden: MAMA, PAPA, MUERTE, AMOR ODIO, MUJER, HOMBRE, SEXO, LOCURA Y SU NOMBRE, que el distribuyó de la siguiente manera:

NUMERO DE LAMUNA Y TITULOS

I. "Satanás" (Lámina del medio ambiente)

II. "Amor" (Lámina de la culpabilidad sexual)

III.

IV. "Muerte" (Lámina de la autoridad)

V. "Papá", "Odio" (Lámina de la evidencia o del sentido de la realidad)

VI. "Mamá", "Mujer", "Locura". (Lámina de la sexualidad)

VII.

VIII. "Sexo" después dijo que le pondría este título a casi todas. (Lámina de la afectividad)

IX. "Locura" (Lámina de la sublimación)

X. "Papá", "Hombre" (Lámina del medio ambiente)

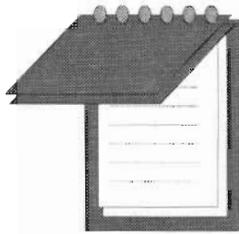
¿Cuál le gustó más? Lámina IX. (Lámina de la sublimación)

¿Cual le gustó menos? Lámina VII. (Lámina de la figura materna)

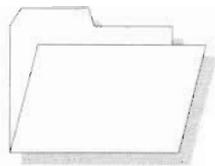
A ninguna le pondría su nombre. El título de Dios se lo pondría "a ninguna o a todas". Al finalizar la aplicación afirmó que todas las láminas eran feas.

Capítulo 4

ANALISIS DE RESULTADOS



Caso 1



RESULTADOS

INTERPRETACION DE LOS TESTS

Interpretación del Raven

En esta prueba, José obtuvo una puntuación normal para su edad lo cual indica que tiene capacidad para resolver problemas espaciales, es decir lo relacionado con el todo y sus partes, el análisis de un todo en sus componentes y la resolución de problemas sencillos.

Interpretación del WISC-R

Las escalas mas altas de esta evaluación para determinar la inteligencia, fueron las de comprensión, figuras incompletas y composición de objetos, lo cual indica que José tiene gran facilidad para adaptarse y resolver los problemas que se le presentan ya que es capaz de tener una visión global de lo que le rodea. Las escalas mas bajas fueron las de información y de retención de dígitos lo cual habla de su poca capacidad para mantener la atención y para interesarse en algo por un tiempo prolongado. Se distrae con facilidad y a pesar de que es capaz de realizar las tareas que se le piden, si estas no le llaman la atención las hace con descuido. Su interés está centrado en el juego y la diversión y da poca importancia al trabajo y el desempeño necesario en la escuela. Obtuvo un coeficiente intelectual de 108. Su edad mental es de 12.4 años

Interpretación del Bender

No hay indicadores de daño orgánico a pesar de que rotó la hoja. Sus figuras fueron realizadas de forma rápida mostrando cierto descuido.

Interpretación del SACKS

Manifiesta gran admiración por su padre aunque lo percibe distante, el distanciamiento puede llevarlo a la sobre-idealización de la figura paterna. Tiende a la introspección y a estarse constantemente evaluando, esto como parte del iniciar la pubertad. Se da cuenta de que es percibido como agresivo y enojón. Sus respuestas muestran

cierto infantilismo como resultado de una posible falta de estimulación y a la vez esa capacidad de introspección como una respuesta ante el encontrarse sólo. Expresa un gran deseo de "ser grande" es decir, crecer, y de ser como su padre.

Interpretación del C.A.T.

Expresa un claro sentimiento de abandono y de ser descuidado. Percibe a su madre como preocupada exclusivamente por su padre lo cual lo deja a él en segundo término si es que alcanza el tiempo para él. A su padre lo percibe ausente y distante, como fuerte y en un papel de proveedor, trabajador, un tanto triste e introvertido. Presenta baja autoestima y la posibilidad de ser dañado está presente constantemente. Posee los recursos necesarios para salir adelante en esta situación de abandono y él está consciente de ello ya que hace uso de estos recursos que le permiten la resolución inmediata de los problemas que se le van presentando. Hay una necesidad de ser protegido por mamá como una esperanza de poder confiar en su madrastra.

Interpretación del Machover

Hay una identificación con la figura femenina por esta misma búsqueda de afecto maternal y por haber vivido parte de su infancia con sus tías. La figura está muy primitivo lo cual no es esperado de acuerdo a su coeficiente intelectual, por lo cual se puede suponer que ha sido muy poco estimulado en casa. Es un niño activo, que ha aprendido a pasar desapercibido por lo cual tiene una gran necesidad de ser tomado en cuenta, busca recibir afecto aunque no sabe pedirlo pero le gusta ayudar. Hay cierta tendencia a mostrarse agresivo con los hombres y a estar a la defensiva con ellos.

Interpretación del H.T.P.

Percibe a papá y a mamá como entes separados y distantes de sí. Su madre podría ser la mediadora entre él y su padre o el punto de contacto a través de la cual pueden coincidir. Nuevamente manifiesta la identificación con la mujer como una necesidad de cubrir esa parte de afecto maternal. Su madre tiende más hacia su padre que hacia él pero él sabe cómo llegar a ella aunque quizá solo haya una vía de acceso, la cual él tiene claramente

definida. El padre es la figura mas importante ya que lo percibe grande, fuerte y productivo pero un tanto apagado o poco expresivo.

Interpretación del Dibujo de la Familia

José percibe a su familia como muy vulnerable o expuesta al peligro, a factores externos que podrían llegar a afectar su bienestar y salud. Sin embargo está consciente de que en su familia se manela la importancia de estar "cubiertos" o protegidos contra cualquier cosa que pueda pasar, pues nada es seguro. Vive esta inestabilidad al sentir la ausencia de papá por lo cual surge angustia al no poder percibir a mamá como miembro auténtico de la familia sino algo impuesto a quien le da un nombre de burla y ajeno al contexto familiar por no poderla aceptar.

Interpretación del Dibujo de la Figura Bajo la Lluvia

Se pueden apreciar los trazos primitivos e inferiores a lo esperado para su edad en todo los dibujos. José llega a sentirse agobiado por los factores externos ambientales que no es capaz de controlar, ante esto se minimiza pero hace su mejor esfuerzo por protegerse. Dificilmente se da por vencido por muy tempestuosa que sea la situación. Ha aprendido a adaptarse al medio por muy adverso y poco estable que este parezca.

REPORTE DE LA EVALUACION PSICOLOGICA REALIZADA A "JOSE"

Nombre: "José"

Edad: 11 años 6 meses

Escolaridad: Quinto de primaria

Lugar de Origen: Los Angeles, California, E.U.A.

Lugar de Residencia: Morelia; Michoacán

Estudio realizado por: Sandra Villegas Castillo

RESULTADOS:

Area Cognoscitiva.

José presenta un coeficiente intelectual de 108, teniendo mayor facilidad para ejecutar tareas de tipo verbal relacionadas con la comprensión y en menor medida lo relacionado con la memoria a corto plazo. Es capaz de llegar a conclusiones lógicas y razonadas de forma eficaz. Su desempeño varía notablemente cuando está de buen humor ya que se puede concentrar por períodos largos de tiempo, hasta una hora o mas. En cambio cuando está disgustado intenta realizar las tareas de forma rápida y poco precisa descuidando detalles. Sus capacidades de análisis y síntesis están adecuadamente desarrolladas de acuerdo a lo esperado para su edad.

Area Sensorio-Motriz

No se encontraron indicadores significativos de lesión cerebral. Sus movimientos motores gruesos están adecuadamente desarrollados. Presenta variaciones en cuanto al tacto fino, especialmente para escribir y dibujar, al concentrarse realiza trazos firmes y simétricos, pero al perder la concentración no es capaz de realizar estos trazos que se tornan mas fuertes y con más ángulos.

Area Afectivo-Social

José se relaciona de forma tímida y retraída ante los extraños. Cuando se siente en confianza es muy juguetón y activo. Difícilmente muestra cariño, es muy risueño y bromista. Al jugar canta y difícilmente permanece en un mismo lugar. Al salir de casa es más travieso ya que en su casa se muestra muy obediente y respetuoso, especialmente frente a su padre a quien admira mucho pero percibe como distante y autoritario. Es alguien que está presente pero que José percibe como si a pesar de su presencia puede estar en peligro, es decir, que no lo podrá rescatar siempre su padre. Esta inseguridad aunada con el percibir a su madrastra como alguien que únicamente está para cuidar de su padre genera en él un sentimiento de vulnerabilidad por lo cual tiene que reforzar él solo su autoestima y reafirmarse y puede llegar a mostrarse agresivo y brusco. Tiene una gran necesidad de afecto y de ser tomado en cuenta, le gusta demostrar que sí puede hacer las cosas pero su impulsividad y falta de concentración estropean los resultados que pudiera lograr. Al estar inquieto la calidad de su trabajo disminuye notablemente. Al llamársele la atención reacciona muy enojado y sentido, se cubre el rostro con su chamarra y agacha su cabeza, después de unos diez minutos vuelve a concentrarse nuevamente y retoma la tarea aunque no la realiza de la mejor manera.

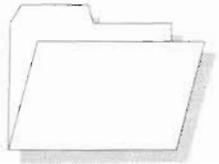
DIAGNOSTICO.-

Según el DSM-IV, José presenta las características descritas para el diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención, pero al profundizar más en su historia personal y en los resultados de los tests, se encuentra una depresión infantil enmascarada.

Pronóstico y Recomendaciones de Tratamiento-

En terapia, José podría manejar de forma adecuada el duelo de la pérdida de su madre y el abandono que vive por parte de su padre posterior al fallecimiento. Es necesario que exprese abiertamente su agresividad dentro de un setting terapéutico a través de técnicas de terapia de juego. De no ser atendido podría desarrollar conductas sociopáticas en la adolescencia.

Caso 2



RESULTADOS

Interpretación del Army Beta II-R

La puntuación o CI Beta que obtuvo J.J. en este test fue inferior a lo esperado cayendo en el rango "limitrofe" lo cual refleja dificultad para la lógica y el raciocinio y en especial una muy marcada incapacidad para observar y evaluar una situación para llegar a la resolución del problema. Tiene poca tolerancia a la frustración ya que mostraba disgusto o enfado al observar la tarea y no encontrar la respuesta adecuada, y por lo tanto dificultad para la concentración.

Interpretación del Bender

Las figuras se encuentran adecuadamente elaboradas sin indicador de daño neurológico, sin embargo refleja narcisismo e impaciencia en la realización de las mismas y dificultad para el control de la agresividad así como un pobre contacto con el mundo externo.

Interpretación del SACKS

Muestra un esfuerzo muy marcado por controlar sus impulsos con respuestas muy tendientes al optimismo y el amor pero sin embargo, en las respuestas posteriores dejó ver cierta contradicción al comenzar a expresar agresividad y al dar respuestas más desinhibidas que reflejan impulsividad, sentimientos de culpa y angustia, en especial dentro del área sexual. Las respuestas referentes a mamá y a papá reflejan una tendencia a ponerlos muy en alto como seres idealizados, a mamá como mártir y a papá como un buen amigo. Presenta problemas para relacionarse con la autoridad.

Interpretación del HTP

Los trazos son primitivos e inferiores a lo esperado para su edad, reflejan, en el tamaño una baja autoestima, pero a la vez el sentirse como un ser grande comparado con los demás. Se ubica en la fantasía, hay

escaso contacto con la realidad y tendencias regresivas. Muestra resistencia y poca tolerancia para realizar tareas que requieran de concentración. Percibe a un padre disminuído y poco presente junto a una madre poco estable y débil.

Interpretación del Rorschach

El paciente muestra en sus respuestas frialdad e incapacidad en las relaciones con el prójimo, por un conflicto agresivo interno que le ocasiona ansiedad y miedo ante sus impulsos que tiene bajo control pero que requiere de mucho esfuerzo para reprimirlos, por este motivo condena su vida afectiva, negando sentimientos que el reconoce como poco aceptados pero que sin embargo tienden a surgir de forma abrupta y sin que pueda siempre controlarlos ya que se presentan a manera de descarga. Presenta síntomas de depresión. Muestra un bajo nivel de productividad y falta de energía psíquica, lo cual lo imposibilita para mantener un trabajo estable, especialmente si se requiere de esfuerzo intelectual o de planeación, por tener poco sentido de lo práctico u obvio. Presenta poca tolerancia a la frustración e incapacidad para mantenerse concentrado en una tarea así como una dificultad para la abstracción por lo tanto su nivel intelectual es bajo dando como resultado una incapacidad para la resolución práctica de problemas que se le pueden presentar, su pensamiento es desorganizado. Muestra un deteriorado contacto con la realidad, intenta reafirmarse como autodefensa. Evita el contactar con sentimientos negativos especialmente hacia su madre. Refleja una muy marcada aversión hacia la figura materna a un nivel inconsciente al igual que tendencias agresivas en contra de la misma. Hay la presencia de varios indicadores claros de una psicosis, así como incapacidad de insight. Tiende a fugarse en fantasías que conscientemente describe como tal pero que posteriormente se desconecta al no poder discernir en donde termina la fantasía y en donde irrumpe la realidad, lo cual complican el pronóstico e imposibilita una recuperación. Los mecanismos de defensa que mas emplea son la escisión, la proyección, la negación, la idealización y la omnipotencia.²³

REPORTE DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA REALIZADA AL PACIENTE "J.J."

DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre del paciente: "J.J."

Fecha de Nacimiento: 4de Diciembre de 1957

Edad: 40 años.

Sexo: Masculino

Escolaridad: Secundaria

PRUEBAS APLICADAS:

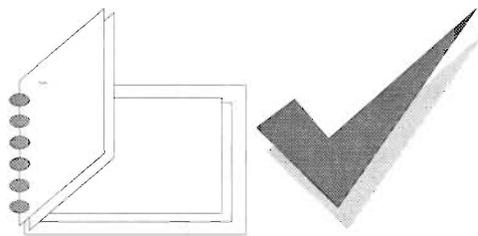
- | | |
|----------------------------|-------------|
| - Army Beta II-R | - Machover |
| - Frases Incompletas SACKS | - H.T.P. |
| - Familia | - Rorschach |

RESULTADOS:

El paciente posee un coeficiente intelectual de nivel limítrofe. Las pruebas proyectivas reflejaron un bajo nivel de control de impulsos y poco contacto con la realidad. No posee un locus de control interno ya que atribuye a los factores externos a sí mismo gran responsabilidad de lo que a él le sucede. Muestra necesidades agresivas dirigidas hacia afuera y negación del afecto. Posee un pobre concepto de sí mismo con sentimiento de inadecuación. Su conducta lo lleva al aislamiento social, tiende a retraerse y conducirse hacia la fantasía. Expresa mucha culpa en lo relacionado con su sexualidad. Hay una fuerte negación de sentimientos negativos hacia su padre y su madre. A su padre lo percibe descuidado y a su madre como víctima.

Capítulo 5

CONCLUSIONES



SUMARIO, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al hablar del psicodiagnóstico en la valoración psicológica, es importante mencionar todo el proceso que esto implica. El psicólogo necesita empezar su labor recogiendo los materiales con los que ha de interpretar el caso en particular. Existen dos tipos de recolección de datos, el estadístico y el biográfico. Para este estudio se usó el biográfico, el cual consiste en el estudio de la evolución o el comportamiento del niño en particular; es rápido y recoge los datos del niño que se encuentra en determinada etapa evolutiva. También se recurre a la observación, la cual puede ser libre o sistemática, según se limite el observador a estar atento para registrar los hechos que ocasionalmente atraigan su atención o se ajuste a un plan preconcebido. De estas dos formas, la segunda es la que tiene mayor aplicación en la psicología infantil. El plan al que la observación se ciña dependerá del fin perseguido con la investigación, así como de las características del sujeto sobre el que la observación va a tener lugar. Por ejemplo, si se trata de seguir la evolución de una función particular es preciso enfocar el plan hacia los distintos aspectos de la función en estudio, prescindiendo provisionalmente del resto de la vida, no menos interesante en sí, y que se tendrá presente cuando se trate de interpretar los resultados obtenidos, pero de la que se hace abstracción en beneficio del asunto que se trata de estudiar. Es aquí en donde se dirige la atención de la valoración psicológica hacia la estructuración del psicodiagnóstico, para lo cual considero de gran importancia tener presente el motivo de consulta, aunque generalmente resulta ser una visión superficial o sintomática del problema real, nos da una indicación del problema latente, el cual a su vez puede reflejar lo que es la estructura caracterológica del paciente y esto nos habla mas claramente de un posible psicodiagnóstico. Durante el transcurso de las entrevistas y de la aplicación de los tests deberá de continuar en forma muy apegada la observación que se lleva a cabo en forma discreta y sin que intervenga directamente en el proceso de la evaluación psicológica. El plan a que la observación se ajuste tomará el aspecto de registro en el que vayan anotándose los hechos ilustrativos del proceso estudiado, esto se puede realizar durante o al finalizar la sesión.

Al realizar la evaluación del Caso 1, se encontró que coincidían las características de conducta presentadas por el niño con los criterios de diagnóstico de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, por lo cual se podría dar este diagnóstico fácilmente. Sin embargo, una investigación más profunda y con la ayuda de las observaciones que se fueron registrando sesión a sesión nos da otro diagnóstico. Queda claro que la

observación debe ser objetiva e imparcial, pero otra herramienta que ha sido de gran utilidad es el hacer uso de la sensibilidad personal en el momento de dar una impresión diagnóstica, es decir, a nivel sensorial, ¿qué es lo que estoy percibiendo en el paciente?, tanto en su conducta como en su ánimo y ¿qué siento al entrar en contacto con él? Para esto es importante el llevar un proceso psicoterapéutico personal para identificar las contratransferencias.

El primer caso se trata de un niño que vivió una serie de pérdidas importantes durante su primera infancia, las cuales comenzaron con la separación de sus padres en donde el padre fue quien se distanció de él, seguido de la muerte inesperada de la madre, tras la cual el padre debido a su trabajo no lo puede atender y lo traslada de país depositándolo bajo el cuidado de sus tías. Estos cambios se dieron en el período de los primeros cinco años de vida. Cinco años después vuelve a reunirse definitivamente con su padre, introduciendo una nueva figura materna y una hermanita. Los síntomas que comienzan a llamar la atención de los padres son la falta de atención y el bajo rendimiento escolar. Al estudiar profundamente estos síntomas se encuentra una depresión infantil que se dio de forma enmascarada con conductas más bien agresivas. De manera que, para dar respuesta a la pregunta inicial del planteamiento del problema, se tiene claro que un trastorno de déficit de la atención con hiperactividad o de comportamiento perturbador pueden ser claros indicios de una depresión o bien podrían efectivamente deberse a un problema orgánico, lo cual se detecta en los tests pero necesariamente tendrá que corroborarse con la colaboración de un neurólogo en un trabajo interdisciplinario.

De acuerdo a una investigación realizada en el C.A.P. se encontró que un 25% de los adultos que acuden a este centro presentan algún tipo de depresión, de los adolescentes un 39%, y de los niños un 25%²⁴.

El segundo caso, es de un señor de cuarenta años quien atribuye su padecimiento al consumo de drogas que inició a los dieciséis años aproximadamente y al parecer podría ser un trastorno debido al consumo de estas sustancias, pero una cuidadosa investigación de su historia lleva a otro diagnóstico por completo. Es difícil determinar si el consumo de drogas dió pie a un cuadro psicótico, pero la diferenciación está en la forma en que vive su enfermedad, especialmente en el afecto. El paciente muestra un claro aplanamiento afectivo, lo cual no sería propio de un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas y no por el tiempo en que lo ha presentado. En este caso, coincidió el inicio de la enfermedad con el inicio de la adolescencia y con el consumo de drogas, pero se desencadenó una esquizofrenia que inevitablemente se había ido formando desde los primeros meses de vida. No se tienen datos 100% confiables en la entrevista debido al padecimiento del paciente, pero en

los tests aplicados se refleja la dinámica familiar prescrita para la esquizofrenia, esto se puede apreciar especialmente en el Rorschach ya que en este test se obtienen datos provenientes de un nivel muy inconsciente y aquí se muestra claramente una aversión reprimida hacia la madre. En el SACKS se manifiesta la idealización de esas figuras paternas así como la culpabilidad sexual y en el Rorschach se ven las motivaciones latentes para esta psicodinamia.

En este caso, la respuesta a la pregunta del planteamiento del problema sería *no*, ya que el abuso de sustancias no lleva a una esquizofrenia. Este padecimiento es único en su clase y no puede confundirse con los trastornos ocasionados por el abuso de sustancias. Es un diagnóstico que se ha dado equivocadamente, pues puede confundirse con otros padecimientos pero un estudio cuidadoso y detallado puede evitar estos errores aunque no siempre se puede dedicar el tiempo necesario a las evaluaciones, especialmente en instituciones mas grandes.

Para concluir es importante destacar la gran utilidad que para la preparación presentan los Centros de Atención Psicológica Comunitarios que brindan la oportunidad al estudiante de llevar a la práctica los conocimientos teóricos adquiridos en el salón de clases. El poder realizar prácticas dentro de un Centro permiten acumular experiencias aun cuando el prestador del servicio se encuentra todavía estudiando la carrera, esta experiencia lo llevan a ser un alumno mas reflexivo y crítico. Otro punto importante es que se aprende lo que significa realizar una labor social, algo que yo considero de gran importancia y que deberá tenerse como hábito el contar siempre con un espacio en su agenda, para brindar atención a quienes normalmente no podrían pagarlo.

BIBLIOGRAFIA

- ARIETI, Silvano. "Interpretación de la Esquizofrenia". Ed. Labor. España, 1965.
- ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA. "DSM-IV Breviario: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". 1995
- BELLAK, Leopold; SOREL, Sonya. "Manual del Test de Apercepción Infantil (CAT-A)". Ed. Paidos. Argentina, 1990.
- CEJA, Margarita. TESIS: "Estructura del Centro de Atención Psicológica de la Universidad Vasco de Quiroga y Principales Problemáticas que Atiende". Morelia, Michoacán, 1996.
- EY, Henri; BERNARD, P.; BRISSET, Ch. "Tratado de Psiquiatría". Ed. Masson. México, 1980.
- GOLDMAN, Howard. "Psiquiatría General". Ed. Manual Moderno. México, 1993.
- JACOBSON, Edith. "Conflicto psicótico y Realidad". Ed. Proteo. Argentina, 1970.
- KOLB, L.C.; BRODIE, H.K. "Psiquiatría Clínica". Ed. Interamericana. México, 1985.
- KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamín. "Compendio de Psiquiatría". Ed. Salvat. México, 1993.
- MANZO, María del Carmen. TESIS: "La Relación de la Familia Con la Depresión Infantil". Morelia, Michoacán 1995.
- PORTUONDO, Juan A. "Psicopatología en la Psicología Clínica".
- RAVEN, J.C. "Manual del Test de Matrizes Progresivas". Ed. Paidos. Argentina, 1947.
- ROMO DE VIVAR, Erika Yolanda. TESIS: "Cesame Como Un Intento de Resurgimiento de la Comunidad Terapéutica de Michoacán y su Método en el Tratamiento de la Psicosis Esquizofrenica". Morelia, Michoacán, 1998.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹KOLB; BRODIE, "Psiquiatría Clínica" (1985)
- ²GUARNER (1978), CALDERON (1985), KOLB (1985), GOLD (1987), BECK (1990), ARIETI y BEMPORAL (1993) y FREEDMAN (1994).
- ³Revista "Psicología" (Feb., 1994)
- ⁴SPITZ, René; artículo "Anaclitic Depression: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood, II".
- ⁵Malmquist citado por Arieti en "New England Journal of Medicine" (1970)
- ⁶Enciclopedia de Psicología Océano
- ⁷SPITZ, René; artículo "Anaclitic Depression: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood, II".
- ⁸DE LA FUENTE, Ramón; "Psicología Médica" (1995)
- ⁹FREEDMAN, KAPLAN y SADOCK; "Compendio de Psiquiatría"(1994)
- ¹⁰SPITZ, René; artículo "Anaclitic Depression: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood, II".
- ¹¹FREEDMAN, KAPLAN y SADOCK; "Compendio de Psiquiatría"(1994)
- ¹²BECK. "Praxis Médica" (1990)
- ¹³BAN, MC EVOY -Definición de la Esquizofrenia, "Revista de Psicología" No. 15- Febrero 1993.
- ¹⁴JACOBSON, Edith. "Conflicto Psicótico y Realidad" (1970)
- ¹⁵ARIETI, Silvano. "Interpretación de la Esquizofrenia" (1965)
- ¹⁶JACOBSON, Edith. "Conflicto Psicótico y Realidad" (1970)
- ¹⁷CEJA, Margarita "Estructura del Centro de Atención Psicológica de la Universidad Vasco de Quiroga y Principales Problemáticas Que Atiende" (1995)
- ¹⁸FREEDMAN; KAPLAN y SADOCK. "Compendio de Psiquiatría" (1994)
- ¹⁹FREEDMAN; KAPLAN y SADOCK. "Compendio de Psiquiatría" (1994)
- ²⁰Ban, McEvoy -Definición de la Esquizofrenia, "Revista de Psicología" No. 15- Febrero 1993.
- ²¹Koppitz "El Test Gestáltico de Bender" Cap.1
- ²²Bender "Guía de Aplicación y Evaluación del Bender"
- ²³PORTUONDO, Juan "Psicopatología en la Psicología Clínica".
- ²⁴CEJA, Margarita "Estructura del Centro de Atención Psicológica de la Universidad Vasco de Quiroga y Principales Problemáticas Que Atiende" (1995)