

Séptimo Semestre

Integración de Informes Psicológicos
Clave 1719

Manual para Elaborar los Informes Psicológicos

Compiladora y Autora:
Mtra. Blanca Elena Mancilla Gómez

Sem. 2012/1



DIRECTORIO DE LA FACULTAD

Dr. Javier Nieto Gutiérrez

Director

Mtro. Roberto Alvarado Tenorio

Secretario General

C.P. Juan Contreras Razo

Secretario Administrativo

Dr. Rolando Díaz Loving

Jefe de la División de Investigación y Posgrado

Dr. Juan José Sánchez Sosa

Coordinador del Programa de Maestría y Doctorado

Dra. Cecilia Silva Gutiérrez

Jefa de la División de Estudios Profesionales

Dr. Alfredo Guerrero Tapia

Jefe de la División del Sistema de Universidad Abierta

Dra. Laura Hernández Guzmán

Jefa de la División de Educación Continua

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Coordinadora de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social

Mtra. Beatriz Vázquez Romero

Coordinadora del Programa de Atención a Alumnos y Servicios a la Comunidad

Lic. Cuitláhuac Isaac Pérez López

Jefe de la URIDES

Mtra. Viviane Javelly Gurría

Jefa de la Secretaría del Personal Académico

Ing. Raúl López Olvera

Jefe de la Secretaría de Administración Escolar

Nota. Los contenidos y la redacción son responsabilidad del autor.

□ **Publicaciones**

Responsable de la edición: *Psic. Ma. Elena Gómez Rosales.*

Diseño y Formación: *Lic. Rosa Isela García Silva.*

Impresión: *Departamento de Publicaciones.*

- La 1a. edición y primera impresión, año 2011, de este material didáctico apoya a la materia de Integración de Informes Psicológicos, que se imparte en 7o. semestre, y su publicación no tiene fines de lucro.

Página dejada intencionalmente en blanco

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

MATERIA: INTEGRACIÓN DE INFORMES PSICOLÓGICOS

MANUAL PARA ELABORAR LOS INFORMES PSICOLÓGICOS

COMPILADORA Y AUTORA:

MTRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

Página dejada intencionalmente en blanco

ÍNDICE

	página
Resumen	7
Introducción	8
El Informe Psicológico	9
El Informe Incluye.....	9
Conclusión: El Informe Psicológico Incluye	12
Cómo Redactar el Informe	12
La Psicodinamia.....	13
Psicogénesis.....	13
Consecuencias.....	13
Indicadores de cada Área	14
Funcionamiento Intelectual	14
Indicadores Intelectuales a través de diferentes instrumentos y técnica	16
Entrevista	16
Autobiografía.....	16
Test Guestáltico Visomotor de L. Bender	16
Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS)	16
Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI).....	17
Test de Psicodiagnóstico de Rorschach.....	17
Test de Apercepción Temática.....	18
Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover.....	19
Característica del Pensamiento y del Contacto con la Realidad o Prueba de Realidad.....	19

Indicadores del pensamiento y Prueba de Realidad a través de los diferentes Instrumentos.....	19
Área Percepto Motora o de Daño Orgánico Cerebral	21
Indicadores de Alteraciones Percepto motoras a través de los diferentes instrumentos	21
Área Afectiva o Emocional.....	24
Tono Afectivo	25
Forma de Demandar y Expresar Afecto.....	27
Características del Control de Impulsos	28
Indicadores de Relaciones Interpersonales.....	30
Autoconcepto	31
Capacidad de Insight y sus Características.....	33
Mecanismos de Defensa	35
Indicadores de Mecanismos de Defensa	35
Áreas Libres de Conflicto	41
Impresión Diagnóstica	41
Pronóstico.....	41
Tratamiento	41
Revisión de algunos Indicadores para Diagnóstico, pronóstico y Tratamiento.....	42
A) Trastornos de la Personalidad Leve.....	45
B) Trastornos de la Personalidad Moderado a Grave.....	48
C) Neurosis	51
D) Trastornos Psicofisiológicos	53

	página
E) Trastornos de Conversión.....	53
F) Trastornos por Somatización y Dolor Somatoforme	54
Clasificación de los Trastornos Psicósomáticos.....	55
Dos Clasificaciones o Nosologías	55
DSM IV	55
CIE-10.....	59
Reflexión de la Lectura	63
Conclusiones	64
Bibliografía	65

Página dejada intencionalmente en blanco

RESUMEN

El presente manual tiene como objetivo apoyar al estudiante de psicología y al egresado para ser capaz de realizar lo que será su “modus vivendi”: evaluación, estudio y descripción de la personalidad, mientras se capacita en la especialidad que elija, no importa en qué área: en clínica, del trabajo, educativa, social, psicofisiología o experimental.

Por lo antes dicho, en este trabajo se aborda marco teórico respecto a psicopatología, pronóstico, tratamiento, indicadores obtenidos a través de diferentes instrumentos y técnicas; la manera de cómo organizar esta información, para “no naufragar en un mar de síntomas” (Lewis) y evitar la proyección propia.

El manual lleva de la mano al alumno, de tal manera que estructura el conocimiento que ha adquirido durante su formación en la licenciatura y respecto al uso de las nosologías que más se usan en México, el DSM y el CIE.

INTRODUCCIÓN

El presente manual tiene como objetivo proporcionar al estudiante de psicología un apoyo que le permita realizar adecuadamente un reporte psicológico ya que antes de ser psicoterapeutas se debe saber describir una personalidad y llegar a conclusiones que permitan un abordaje terapéutico.

El recién egresado de la licenciatura de Psicología debe tener basto conocimiento de cómo elaborar un reporte psicológico para decidir qué diagnóstico presenta su examinado, asimismo estar en posición de pronosticar cuál será el curso del trastorno o padecimiento, por lo que el propósito del presente material es proporcionar al aún estudiante e incluso al recién egresado una serie de conocimientos y el procedimiento de cómo realizar este quehacer del psicólogo.

El presente material facilitará la toma de decisión para un diagnóstico, pronóstico y sugerencia de tratamiento ya que, para llevar a cabo el estudio psicológico es necesario emplear una serie de técnicas e instrumentos psicológicas, para evaluar a la personalidad, dentro de las cuales se encuentran la entrevista al paciente y de ser necesario y se puede, se entrevistará a otras fuentes de información, cercanas al paciente, como a los familiares. Otra técnica y muy importante incluso para el trabajo terapéutico es la autobiografía. También se aborda algunas pruebas psicológicas. Asimismo es importante recordar o adquirir la información acerca de la psicopatología y el uso de las nosologías como el DSM IV o del CIE 10.

EL INFORME PSICOLÓGICO

Para realizar un informe psicológico se requiere tener ciertas habilidades como: *analizar, sintetizar e integrar* una serie de datos obtenidos con las diferentes técnicas e instrumentos como la entrevista, las pruebas proyectivas y las psicométricas.

En el informe psicológico se describe la personalidad de tal manera que cualquiera que lo lea, se espera, que al terminar de leerlo, tenga una impresión cercana a la realidad, del examinado. Antes de redactar el informe, se debe formar un todo coherente con los datos obtenidos, para que se presente un cuadro comprensivo de la persona que se evalúa.

Para llegar al paso del informe primero se debe realizar una evaluación de la personalidad durante la cual se debe anotar desde las respuestas del examinado hasta los detalles observados durante el examen.

Un informe psicológico debe tener (Appelbaum, cit. Sattler 1988):

- a) Equilibrio entre datos objetivos y abstracción
- b) Modulación, no exagerado o recargado hacia un solo lado
- c) Ser asertivo y modesto
- d) Interesar al lector
- e) Ejemplificar
- f) Discutir cada una de las partes del informe
- g) Facilitar el proceso de toma de decisiones

El informe es descriptivo y debe incluir **recomendaciones**, para las cuales, es conveniente tomar en cuenta los intereses y necesidades del examinado y de la sociedad.

Informe Incluye:

- ✓ Ficha de identificación: nombre, sexo, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, escolaridad, ocupación, estado civil, teléfono, dirección, quién lo refiere, fuente de información, fecha de estudio, fecha de primer ingreso, número de ingresos, fecha de entrega del informe. (se ajusta según el objetivo del estudio e informe, se pueden agregar datos)
- ✓ Pruebas administradas
 - La de inteligencia
 - Las que indican daño orgánico o perceptomotoras
 - Las de personalidad: estructuradas y proyectivas

- ✓ Motivo de consulta o de estudio: Las razones por las que fue referido. El cuadro sintomatológico que presenta y que requiere atención. Con frecuencia el motivo de consulta no es, necesariamente, lo que está íntimamente relacionado con el diagnóstico, sin embargo es muy importante explorar exhaustivamente lo que el examinado está dando como motivo del estudio porque puede ser lo que está encubriendo el motivo real y también nos dará información respecto al mecanismo que el evaluado está utilizando para no hacer contacto, intelectual o afectivo, con el conflicto que lo lleva a solicitar o requerir un estudio psicológico.
- ✓ Descripción del paciente: Observaciones generales; cómo se portó el examinado, cooperó, se esforzó, su atención, habla, fluidez verbal, vocabulario, si éste está de acuerdo a su nivel académico y cultural o lo supera o está muy por debajo de su nivel, espontaneidad, estado de ánimo, manifestaciones de ansiedad, impresión general; para realizar esta tarea se requiere de entrenamiento ya que se debe utilizar la observación directa.
- ✓ Como parte de la descripción: el familiograma, para conocer el origen del evaluado, su contexto familiar, qué lugar ocupa dentro de la familia, historia clínica: pre, peri y postnatal, para conocer sus antecedentes y detectar indicadores de algún problema orgánico que esté ocasionando el cuadro clínico que presenta o que haya una relación cercana con el motivo del estudio, la historia escolar nos va a permitir averiguar respecto a las condiciones que rodearon esta nueva etapa de la vida del examinado, su rendimiento en esta área, sus relaciones con pares y autoridad escolar, la historia sexual, se dice que si esta área está afectada se afectarán las otras.
- ✓ Resultados de las pruebas: C.I. cuantitativo y cualitativo, daño orgánico cerebral, disfunción cerebral, personalidad, orientación vocacional, depende del objetivo de la evaluación, si hay o no insight, qué mecanismos de defensa utiliza, con qué partes sanas o recursos cuenta el paciente. Este último aspecto es esencial para el pronóstico.
- ✓ Recomendaciones o Sugerencias: estas deben ser claras, concretas, individualizadas, tratamiento, pronóstico.
- ✓ Resumen, este es optativo: debe ser breve, un sólo párrafo. Quien esto escribe considera este rubro innecesario ya que la impresión diagnóstica puede hacer las veces de resumen; claro que esta decisión la debe tomar el responsable del informe psicológico.

El informe puede centrarse en las pruebas o en el examinado, ejemplo: "Juan obtuvo un puntaje normalizado de 13 en vocabulario (WAIS); centrado en el sujeto sería "Juan tiene un manejo del vocabulario de un niño de 8 años de edad; claro que se puede utilizar los dos estilo simultáneamente, éste último es el que se recomienda, ya que el objetivo del informe es describir al sujeto, tanto cuantitativa como cualitativamente, (se debe recordar que todo este trabajo, desde la evaluación debe ser personalizado).

Generalmente el informe incluye ambas formas, no se debe olvidar que el informe se realiza para responder todas las interrogantes que surgen acerca del examinado, de aquí que la batería de pruebas psicológicas también debe ser personalizada.

El material que se incluya en el informe depende:

- del problema que se quiere evaluar
- finalidad de las pruebas
- características de las personas a quien se va a entregar el informe

En un informe psicológico, en el momento de **REDACTARLO**, se debe procurar que **NO**:

- Hable de ausencia de rasgos, es decir se habla de presencia de rasgos.
- Presente términos que no entienda la mayoría, si es necesario usarlos se deben aclarar ampliamente, por ejemplo siglas.
- Fragmente la personalidad del examinado. Se debe interrelacionar los resultados.
- Sustente rumores o información que no ha sido verificada.
- De información que no aporta (depende para qué se solicitó la evaluación).
- Omita las fuentes de información (si es necesario, escribir: “su madre, esposa, informa...”)
- Haga afirmaciones no comprobadas sin usar una aclaración como: “parece”, “es probable”, “de acuerdo con mi juicio profesional”. Sin embargo se debe tener presente que no es recomendable el abuso de este tipo de aclaraciones.
- Incluya información que sea nociva para el examinado; de ser necesario de comunicarla, debe ser en forma verbal, directamente al otro profesional.
- Presente abstracciones
- Ambigüedades
- Presente disculpas
- Rarezas: frases ambiguas, vagas, abstractas o superfluas, palabras inapropiadas.
- Incluya generalizaciones inapropiadas. Basarse en datos confiables y suficientes para conclusiones.
- Presentar regateos. Por eso los datos deben ser claros para que el informe sea directo y firme, no confundir con cautela, la cual sí se recomienda.
- Presente cambios repentinos. Las frases deben ser coordinadas, ligadas, preparar al lector para el cambio.
- Incluya tantos tecnicismos
- Incluya abreviaturas como el ETC, porque puede resultar engañoso.

CONCLUSIÓN: EL INFORME PSICOLÓGICO INCLUYE

Ficha de identificación

Motivo de consulta

Pruebas aplicadas

Descripción del paciente

Antecedentes: familiograma, personales, patológicos, heredofamiliares, educacionales, hábitos, Evolución del padecimiento y estado actual, dinámica familiar, conducta, eventos importantes (último año)

Resultados:

- Área intelectual
- Área percepto – motora
- Área Afectiva o Personalidad: esta incluye
 - tono afectivo
 - forma de demandar y expresar el afecto
 - características de control de impulsos
 - relaciones interpersonales
 - autoconcepto
 - Capacidad de insight y sus características
 - Mecanismos de defensas
 - Áreas libres de conflictos
- Diagnóstico
- Pronóstico (eje IV y eje V del DSM)
- Tratamiento: recomendaciones

CÓMO REDACTAR EL INFORME

- ☒ Lenguaje bien definido, específico y concreto:
 - ◇ específico, no general
 - ◇ definido, no vago
 - ◇ concreto, no abstracto

- ☒ No sacrificar la claridad por lo tanto no abreviar, no siglas como WAIS, DFH, HTP
- ☒ Ser claro, no enigmático: quién dijo, quién es...
- ☒ Evitar palabras rebuscadas
- ☒ Evitar palabras innecesarias: frases de adornos, ejemplo: “su hermano que también es miembro del mismo club, porque tiene buenos ingresos...”
- ☒ Agrupar, la información que se refiere a lo mismo, ideas afines, por ejemplo, el desarrollo temprano, las fechas de los ingresos, si los hay.
- ☒ No ser jactancioso o crítico o exagerado: ¡ pueden creer que fue capaz de..!
- ☒ No exagerar: no usar superlativos o ser muy categórico: “no existe...” “es muy...”
- ☒ Evitar el uso de calificativos: bueno, malo, bastante, poco, mucho.
- ☒ Procurar ser positivo o no ser negativo. Decir lo que sí puede, no lo que no puede hacer, ejemplo: “el examinado no reconoce los colores sin embargo logró...”

Se debe tomar en cuenta para redactar el informe psicológico algunos elementos teóricos, a saber:

La Psicodinamia. Se refiere a que en el reporte se debe explicar el comportamiento inconsciente tomando en cuenta las motivaciones e impulsos ya que se considera que el síntoma es una expresión inconsciente. Para lograr este entendimiento es necesario que el (la) psicólogo (a) tenga un amplio conocimiento de la teoría psicoanalítica de Freud, no sólo por la psicodinamia, sino porque la interpretación de las pruebas proyectivas están basadas en el mismo marco teórico. El retomar la psicodinamia permite que se informe de una manera completa y profunda del examinado; nos permite entender su realidad psíquica, cuánto monto energético deposita en sus experiencias y por lo tanto en sus representaciones mentales.

Psicogénesis. Este término se refiere al origen de los síntomas del examinado; en el reporte se debe aterrizar la información que se obtuvo de las entrevistas y de las pruebas psicológicas para explicar cómo se originaron las conductas actuales (psicodinamia). Cuáles fueron sus experiencias tempranas que hicieron proclive la aparición del trastorno, si lo hay. También se retomarán factores genéticos y somáticos, además de las experiencias tempranas.

Consecuencias. Se refiere a la explicación que se debe hacer en el informe de qué va a pasar en un futuro en caso de no poner atención a la conducta actual. Se explica en qué va a desencadenar. En el pronóstico se aborda algo de esto.

Como ya se ha mencionado el, (la) psicólogo (a) debe tener una formación adecuada para poder realizar una evaluación e informe psicológico adecuado:

- ➔ Conocer profundamente las técnicas psicológicas que utilizará en las evaluaciones de la personalidad, de lo contrario, las interpretaciones que haga serán distorsionadas, por lo tanto el tratamiento sugerido difícilmente ayudará al paciente.
- ➔ Tener un buen manejo del marco teórico de los instrumentos psicológicos utilizados para obtener datos confiables y válidos.
- ➔ El psicólogo (a) debe tratar de ser objetivo, lo más que pueda, en el momento de evaluar la personalidad y de realizar el reporte. No nos debemos olvidar de que también tenemos una estructura dinámica de nuestras características psicológicas y no es tan literal que nuestra personalidad queda totalmente de lado al interpretar las pruebas y al redactar el informe. Hay algunas formas, que el mismo psicólogo (a) puede idear, para tener cierto control y lograr ser objetivos, por ejemplo que otro psicólogo (a) clínico (a), con experiencia, lea las interpretaciones y el reporte.
- ➔ Siempre debe tener, el estudio psicológico, un objetivo bien definido (orientación vocacional, psicodiagnóstico, tratamiento, selección de personal etc.), para hacer un buen uso de la información que se obtenga durante la evaluación; de esta manera no se dará información de más o información de menos.
- ➔ El (la) psicólogo (a) invariablemente debe ser respetuoso y ético (a) con el paciente. Aunque parece que es bastante claro que esta característica se tiene, por la formación profesional, es conveniente insistir; en la evaluación psicológica, desde la entrevista hasta el reporte, vamos a obtener información muy personal del paciente por lo que siempre ésta se debe tratar de una manera, invariablemente, ética.
- ➔ Como parte de la formación está el tener una supervisión.

INDICADORES DE CADA ÁREA

Ahora veremos a qué se refieren cada una de las áreas del informe psicológico que son cubiertas por las pruebas psicológicas y cuáles son los indicadores (Rivera, 1987), a los que debemos poner atención en la interpretación e integración de datos, para así poder concluir con el informe.

Funcionamiento Intelectual.- Existen pruebas psicológicas especialmente construidas para explorar esta área; el tener la información respecto a la inteligencia nos permite aclarar factores importantes de la psicodinamia y psicogénesis del comportamiento del examinado y del cuadro sintomatológico.

Al evaluar la inteligencia, con instrumentos apropiados, tenemos suficiente información para explicarla desde dos puntos de vista: CUANTITATIVO y CUALITATIVO, lo que nos permite describir más ampliamente qué es lo que sucede con el paciente, si su rendimiento es de acuerdo a las capacidades del examinado ya que como se sabe, cuantitativamente la capacidad intelectual puede ser normal brillante, sin embargo la persona puede no saber hacer buen uso de sus recursos intelectuales, por lo tanto su rendimiento está por debajo de sus capacidades reales. En esta área se debe poner atención para obtener la información, acerca de sus intereses y/o aptitudes; si el examinado es creativo o si su inteligencia es de tipo reproductivo.

En este punto debemos recordar que la inteligencia del adulto se espera que sea teórica – práctica, es decir primero pensar y después actuar.

El recabar todos los indicadores, de este aspecto, nos permitirá comprender por qué rinde de tal manera el paciente y sobre todo cómo se relaciona con su personalidad, con su psicodinamia, su rendimiento; asimismo la evaluación de esta parte del examinado nos sirve de apoyo para detectar y/o prevenir posibles problemas psicopatológicos, también si cuenta con este recurso intelectual.

En el informe psicológico empezamos con reportar cuál es la dotación intelectual y cuál es el uso de estos recursos intelectuales cuando el paciente se encuentra ante una situación conflictiva o ante un problema, si es capaz de solucionar o por el contrario cada movimiento que el paciente hace se “hunde” más.

Aunque no exclusivamente, no se debe olvidar que el rendimiento de la inteligencia mucho va a depender del medio ambiente sociocultural que rodeó al examinado, de las oportunidades académicas que ha tenido, y es precisamente lo que va a determinar los intereses y posibilidades de acción.

Ahora sólo falta determinar, en caso de que esté rindiendo por debajo de su capacidad real, o por debajo de lo normal, a qué se debe el rendimiento, a factores orgánicos (retraso mental, demencia, farmacodependencia, accidente vascular etc.), o emocionales (neurosis, psicosis, borderline).

Dependiendo del rendimiento intelectual es el estilo de adaptación a diferentes ambientes, situaciones, cambios, problemas, etc.

La evaluación del área intelectual y su funcionamiento, permite al psicólogo establecer un diagnóstico y pronóstico en relación, a la adaptación intelectual.

INDICADORES INTELECTUALES A TRAVÉS DE LOS DIFERENTES INSTRUMENTOS y TÉCNICA

Entrevista:

- ☞ Nivel académico y rendimiento. Promedio escolar, reprobadas, edad y año que cursa.
- ☞ Logros reales del sujeto. Diferente de fantasías, falsas premisas como en el caso del maníaco, el narcisista.
- ☞ Manejo de la situación de entrevista. Responde a lo que se le pregunta, divaga, entiende el diálogo, los conceptos, el vocabulario.
- ☞ Forma de expresión del sujeto. Se refiere a la sintaxis, el vocabulario, utiliza sinónimos o no.
- ☞ Intereses del paciente. ¿Sus actividades y sus intereses son los mismos? Y si no es así ¿a qué se debe esta, aparente, incongruencia?
- ☞ Manejo de situaciones prácticas y manejo de las situaciones conflictivas. ¿Las resuelve, las complica, o no se mueve psicológicamente, por lo menos se percata de los sucesos o no es capaz de diferenciarlos?
- ☞ Capacidad para la comprensión de contenidos abstractos.
- ☞ Ambiente sociocultural del que proviene el sujeto. Es pobre, enriquecedor, limitado, lo ha superado, lo estanca.

Autobiografía:

- ☞ El proceso de asociación. ¿Lo hace hilando los eventos o en forma desordenada?
- ☞ La cronología de los hechos. ¿Hay un orden?, no importa, de presente a pasado o viceversa, o parece un escrito caótico.
- ☞ La expresión gráfica, por aquello de los movimientos finos en tareas ojo-mano.
- ☞ La utilización del lenguaje en general y en particular del vocabulario. ¿Va de acuerdo con su nivel académico o es mejor, es peor?, utiliza sinónimos o tiene vocabulario pobre.

Test Gestáltico Visomotor de L. Bender:

- ☞ Secuencia ordenada y lógica.

Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS):

- ☞ Rendimiento intelectual. Se refiere al C.I. cuantitativo
- ☞ Comparación entre las escalas verbal y de ejecución
- ☞ Análisis de cada uno de los subtests

- ☞ Relación entre puntajes y datos de la entrevista respecto al funcionamiento del paciente
- ☞ Dispersión respecto a vocabulario. Dotación natural

Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI):

- ☞ El balance en las escalas de validez “¿” (no puedo decir), L, F, K. ¿Es válido? de no ser así, ¿por qué lo invalidó, por incomprensión? o por factores psiquiátricos.
- ☞ Actualmente existe el MMPI-2 por lo tanto además de lo antes dicho también se toma en cuenta los otros dos perfiles: el de contenido y el de suplementarias, es decir, también se observa la comprensión de los reactivos o si los invalidó por falta de capacidad intelectual para comprenderlos y dar su respuesta.

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach: Observar:

- ☞ Cómo organiza los estímulos de la lámina
- ☞ Cómo los integra. Parcialmente o en su totalidad (W, D, d)
- ☞ Método de trabajo. Rígido, Ordenado, Suelto, Disperso (sucesión)
- ☞ Capacidad para hacer abstracciones (W)
- ☞ Capacidad productiva (Número de Respuestas positivas)
- ☞ Más cantidad que calidad (+ y -)
- ☞ Hay variedad de contenido (H, A, Obj, Anat, Sex, etc.)
- ☞ Capacidad creativa (O+, P)
- ☞ Memoria (no negar respuestas que ya había dado)
- ☞ Intereses (temas que da en sus respuestas)
- ☞ Velocidad para hacer asociaciones (Tiempo de reacción: T.R.)
- ☞ Nivel de aspiraciones
- ☞ Inteligencia teórica – práctica o solo práctica (% W, D, d...)
- ☞ Inteligencia Superior: respuestas globales W+ ESP., respuestas de movimiento humano M 5 o más, sumatoria de respuestas de color C 4-7, respuestas con buena forma F+% 90, respuestas de contenido animal A% 35, respuestas originales positiva O+% 25-35.
- ☞ Término medio superior: W+esp., W+Wo; M 3-4; sumatoria C 3-4; F+% 80-90; A% 40-45; O%, o+% 10-20
- ☞ T.M.: W+ Wo; M 2-3; sumatoria C 3-4; F+% 80-85; A% 45; O%, O+- 10-20
- ☞ T.M. Inferior: Wo, Wr; M 0-2; sumatoria C 0 o 4-7; F+% 75; A% 50-60; O% O+- 0-10
- ☞ Inferior: Wr, W - ; M 0; sumatoria C 0 o 4-7; F+% 70; A% 60-70; O% ,0- 0-5
- ☞ Deficiente: Wv, W-; M 0; sumatoria C 0 o 4-7; F+% 60 a menos; A% 80; 0% 0

Test de Apercepción Temática (TAT):

- ☞ El sujeto se apega a las instrucciones, ¿las entiende? O se le tienen que hacer preguntas como ¿qué pasó antes?, ¿cómo o en qué va a terminar?
 - ☞ Poner atención al curso del pensamiento, es lógico, ordenado o caótico
 - ☞ Poner atención al contenido del pensamiento
 - ☞ Tomar en cuenta el tiempo de reacción
 - ☞ Tomar en cuenta el tiempo total de cada lámina
 - ☞ Informa sobre la capacidad de atención y concentración. Qué toma en cuenta para el relato, lo obvio o los detalles, o su historia no tiene nada que ver con la lámina
 - ☞ Qué tipo de final elabora, utiliza sus recursos intelectuales o no.

 - ☞ Historia de acuerdo a la lámina
 - ☞ Detalles secundarios tomados así
 - ☞ No hay distorsiones
 - ☞ No hay omisiones
 - ☞ Hay consistencia interindividual
 - ☞ Toma en cuenta las láminas
- } Adaptación intelectual adecuada al medio
- ☞ Pero introduce en 2 o 3 historias personajes innecesarios y la historia es de ellos → adaptación intelectual disminuida
 - ☞ Si utiliza los detalles secundarios como principales → adaptación intelectual disminuida
 - ☞ Presenta distorsiones y omisiones → adaptación intelectual disminuida
 - ☞ En 5 o 6 láminas no hay consistencia intraindividual → adaptación intelectual disminuida
 - ☞ La mitad de las historias se basan en detalles secundarios o introduce personajes → adaptación intelectual pobre (prueba de realidad)
 - ☞ 3 o 4 distorsiones y omisiones habituales y severas → adaptación intelectual pobre (prueba de realidad)
 - ☞ Se rompe la consistencia intraindividual en la mitad de las láminas → adaptación intelectual al medio, pobre
 - ☞ La mayoría de las historias se basan en detalles secundarios, personajes introducidos por el examinado, 5 o más distorsiones y omisiones severas, la mayor parte de la historia de cada lámina no son cliché → adaptación intelectual al medio, deficiente.

Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover:

- ☞ Cómo integró la figura
- ☞ Qué tan sofisticada es la figura
- ☞ Qué detalles utilizó en sus dibujos
- ☞ Figura completa o incompleta
- ☞ Edad de la figura de acuerdo al del examinado o mayor o menor

Características del Pensamiento y del Contacto con la Realidad o Prueba de Realidad.-

Este rubro está muy relacionado con la inteligencia, por lo que ya se señalaron algunos indicadores, ya que depende de cómo el paciente *percibe, organiza y elabora* los estímulos que están en el medio es que va a responder a ellos, por lo tanto va a ser su forma de relacionarse con la realidad.

La persona que tiene una inteligencia teórica-práctica va a tomar en cuenta las demandas del medio ambiente externo para solucionar sus problemas, conflictos, situaciones pero después de pensarlo. Por el contrario, el paciente que tiene un pensamiento mágico trata de resolverlos tomando más en cuenta sus fantasías que la realidad, por lo que su percepción y solución no son objetivas ya que no toma en cuenta su entorno sólo sus demandas internas.

En esta área se evalúa la capacidad de juicio, la lógica, el grado de objetividad, incluso, la capacidad para establecer empatía en diferentes situaciones.

INDICADORES DEL PENSAMIENTO Y PRUEBA DE REALIDAD A TRAVÉS DE LOS DIFERENTES INSTRUMENTOS

Entrevista:

- ☞ ¿A qué da importancia el paciente y cuánta?, se fija demasiado en las situaciones cotidianas, sobreelabora todo y no es capaz de poner soluciones.
- ☞ ¿Qué tipo de soluciones pone el examinado?, de tipo mágico, no tomando en cuenta sus propios recursos → contacto inadecuado con la realidad.
- ☞ Si su pensamiento es lento, por lo tanto, va a tardar en buscar y encontrar una adecuada solución a sus problemas
- ☞Cuál es el contenido de su pensamiento, está con relación al estímulo externo, durante el diálogo en la entrevista → buen contacto con la realidad
- ☞ O se relaciona más y exclusivamente con sus procesos internos → su contacto con la realidad no es adecuado.

Test Gestáltico Visomotor de L. Bender:

- ☞ Secuencia ordenada y lógica → buen contacto con la realidad

Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS):

- ☞ Evalúa el funcionamiento del juicio crítico (subtest de comprensión)
- ☞ Evalúa capacidad de razonamiento lógico (historietas)
- ☞ Diferencia entre puntuación de la escala verbal y la escala de ejecución. Piensa y actúa o viceversa, por lo tanto reflexiona su solución o es impulsivo y de ser esto último su respuesta no está de acuerdo con el estímulo.
- ☞ Juicio de realidad adecuado:
 - ✓ Puntuación normalizada en comprensión de mínimo 10
 - ✓ Puntuación normalizada de semejanzas 9-10; no hay calificación de 0
 - ✓ Puntuación normalizada de rompecabezas 9-10; si falla es por el tiempo no por no reconocer el estímulo.

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach:

- ☞ Tipo de apercepción: % de W, D, Dd, S
- ☞ Suficientes respuestas D para tener capacidad de dar soluciones prácticas
- ☞ Número de respuestas Populares (P). Si hay de 3-5, indica que el examinado es capaz de ver lo obvio, lo común, por lo que su pensamiento es capaz de adaptarse a los estímulos.
- ☞ F+ = 80-95% indica que tiene buen control de la realidad ya que es capaz de percibir bien la forma.
- ☞ Porcentaje de respuestas globales: W igual o menor a 20 - 30%
- ☞ D = 60-70% respuestas de detalle grande
- ☞ A = 35-45% respuestas de contenido animal
- ☞ Si aumentan las respuestas originales es señal de alarma de que el paciente es subjetivo para manejar los estímulos.
- ☞ Pobre contacto con la realidad lo indican las respuestas contaminadas, confabuladas.

Test de Apercepción Temática (TAT):

- ☞ Relato en relación con el estímulo → buen contacto con la realidad
- ☞ Contenido del pensamiento

- ☞ Relatos fantásticos
 - ☞ Distorsiones
 - ☞ Omisiones
 - ☞ Perseveración de los contenidos
 - ☞ Ideas obsesivas o delirantes
- } contacto
} inadecuado

Área Percepto Motora o de Daño Orgánico Cerebral.- Este rubro se refiere al aspecto en el cual se encuentra comprometido el sistema nervioso central, por lo que en la evaluación de la personalidad se pone atención a las alteraciones *perceptuales, motoras y conductuales* asociadas a daño orgánico cerebral o disfunción del mismo, los cuales pueden ser permanentes o temporales.

De la evaluación de este aspecto depende el diagnóstico diferencial y el tratamiento. Esta área va a determinar si el conflicto que presenta el paciente es de origen o tipo orgánico o de origen emocional.

Esta área es complementaria con el área de la inteligencia, es decir, están íntimamente ligadas ya que si hay antecedentes de alteraciones en algunas funciones intelectuales, por ejemplo la memoria, capacidad para hacer asociaciones, problemas en el pensamiento, atención, concentración, etc. ya es un indicador de probables problemas relacionados con daño orgánico cerebral, o por lo menos de una disfunción cerebral.

INDICADORES DE ALTERACIONES PERCEPTO MOTORAS A TRAVÉS DE LOS DIFERENTES INSTRUMENTOS

Test Gestáltico Visomotor de L. Bender:

- ☞ Distribución de las figuras. Cómo utiliza su hoja, su espacio en blanco, cómo organiza los estímulos. O deja mucho espacio entre un item y otro.
- ☞ Rotación severa. Se debe encuestar al paciente para saber si tiene conciencia o no de la rotación, si no la tiene el indicador es más grave.
- ☞ Superposición de las figuras.
- ☞ Colisión entre los estímulos
- ☞ Fragmentación → pérdida de la capacidad de abstracción y organización.
- ☞ Regresión

- ☞ Perseveración tipo A o B → La persona es incapaz de dejar un estímulo presentado y atender otro nuevo.
- ☞ Calidad de las líneas. Son líneas gruesas, con movimientos dispráxicos y/o coreoatetoides.
- ☞ Movimiento. Son inconsistentes → problemas de tipo orgánico
- ☞ Poner atención a qué se debe que esté presente la determinante indicadora de daño orgánico o disfunción: a trastornos perceptuales o a trastornos motores.

Entrevista:

- ☞ Tiempo de inicio. Desde cuando empezó a manifestar el padecimiento.
- ☞ Qué factores externos lo desencadenaron. Cómo se inicio.
- ☞ Grado máximo de escolaridad.
- ☞ Rendimiento escolar o laboral.
- ☞ Antecedentes hereditarios.
- ☞ Historia prenatal, perinatal, postnatal.
- ☞ Indagar si hay antecedentes de traumatismos craneoencefálicos.
- ☞ Antecedentes patológicos y psicopatológicos.
- ☞ Si hay, tipo de tratamiento que recibió.
- ☞ INDICADORES DEL ESTADO MENTAL EN ENTREVISTA:
 - Atención a: aspecto general, actitud y conducta
 - Alteraciones del lenguaje, pensamiento y estado emocional. Por ejemplo: el maestro proper y repentinamente cambia a ser majadero, enamoradizo, etc.
- ☞ ALTERACIONES FISIOLÓGICAS:
- ☞ Alteración del ciclo sueño-vigilia, apetito y funciones excretoras
- ☞ Comprensión mental:
 - Alteraciones de la conciencia: confusión en tiempo, espacio y persona
 - Alteración de la memoria corto y largo plazo
 - Problemas de atención y concentración

Autobiografía:

- ☞ Trastornos perceptuales y motores en la escritura
- ☞ Cómo utiliza su espacio de la hoja: amontona o deja demasiado espacio
- ☞ Cambia letras (dislexia), omite letras

- ☞ Contenido ideacional del pensamiento
- ☞ Cronología adecuada o el escrito es un caos

Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS):

- ☞ Índice de deterioro
- ☞ Diferencias entre C.I. verbal y C.I. de ejecución. Ejecución muy por debajo de verbal → daño orgánico
- ☞ Ejecución muy debajo de verbal → trastornos percepto - motor
- ☞ Puntajes bajos en: información, repetición de dígitos, claves → trastornos de la memoria visual y auditiva
- ☞ Claves o símbolos y dígitos pueden indicar fallas de tipo perceptual cuando deforma los símbolos
- ☞ Puntajes normalizados bajos en: aritmética, retención de dígitos → fallas en la capacidad de atención y concentración
- ☞ Comprensión baja → Fallas en la capacidad de juicio
- ☞ Calificación de cero, por el tiempo, en los subtests con tiempo límite → lentificación de pensamiento

Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI):

- ☞ Elevación de las escalas, del perfil básico, 2 y 9 al mismo tiempo → impulsividad y culpa o por lo menos se sospecha de problemas orgánicos.

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach:

- ☞ Tiempo de reacción prolongado más de 20 segundos → lentificación del pensamiento, o problemas de atención y concentración
- ☞ Porcentaje de respuestas globales W% disminuido → poca capacidad de abstracción
- ☞ F+ menor a 80% o mayor a 95% pero a base de P mayor de 5 y perseveraciones → problemas de atención y concentración
- ☞ Sucesión rígida 9-10 sucesiones sistemáticas → problemas de atención y concentración
- ☞ Sucesión confusa de 1 a 2 sucesiones sistemáticas → problemas de atención y concentración
- ☞ Respuestas O no se puede evaluar → problemas de atención y concentración
- ☞ W = 20-30% (W+, Wo); D = 60-70%; Dd = 1-12%; P = 3-5 → buena capacidad de aprendizaje

- ☞ W menor al 20% y/o Wv, W -; D = igual o menor a 60%; Dd + S mayor al 15%; P menos de 3 → baja capacidad de aprendizaje
- ☞ Perseveración en la localización y/o en los contenidos → problemas de tipo orgánico
- ☞ Respuestas confabuladas e incremento de F - → fallas en el pensamiento y en la percepción respectivamente
- ☞ Elevación de respuestas FM, CF>FC → pobre control de impulsos, por lo tanto se le dificulta su adaptación
- ☞ Aumento de A% → Dificultad de adaptación
- ☞ Incapacidad para desprenderse de un estímulo

Test de Apercepción Temática (TAT):

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ☞ Historias descriptivas ☞ Repiten el mismo tema ☞ Creen que ya lo vieron, el estímulo nuevo ☞ Afirman no poder hacer la tarea ☞ Se angustian ante demandas del examinador | } | <p>pacientes
orgánicos</p> |
|--|---|--------------------------------|

Área Afectiva o Emocional.- Es en este momento que más se necesita de la objetividad del psicólogo para poder integrar los datos de la evaluación y así realizar el informe psicológico de tal manera que no se mezcle la personalidad del profesional (contratransferencia), con la del paciente. Este riesgo se da porque los instrumentos psicológicos que informan sobre esta área promueven respuestas subjetivas, sin embargo si el psicólogo se apega a las indicaciones que cada autor dio para la aplicación y calificación de su instrumento, este riesgo se logra mantener bajo control.

Se debe:

- Observar objetiva y cuidadosamente la actitud del paciente
- Hacer un registro preciso de las respuestas que da el examinado

Como puede observarse, a lo largo de la lectura, todos los instrumentos aportan datos para esta área ya que se refiere al resultado de factores innatos, aprendidos y las presiones del medio ambiente que finalmente forman la estructura de la personalidad, el carácter del paciente.

Para evaluar esta parte de la personalidad se explora: *tono afectivo, forma de demandar y expresar afecto, relaciones interpersonales, autoconcepto, control de impulsos, insight.*

A continuación veremos los indicadores de cada uno a través de los diferentes instrumentos.

Tono Afectivo.- Se refiere al estado de ánimo en que se encuentra el sujeto: triste, enojado, agresivo, tenso, tranquilo, ansioso, etc.

Entrevista:

Este es el instrumento que probablemente, más información aporta del tono afectivo; con la observación directa del entrevistado, acerca de las emociones que acompañan sus respuestas.

- ✓ Observar si las respuestas exageradas no son por histrionismo
- ✓ Emociones que manifiesta el paciente al relatar sus experiencias
- ✓ Emociones del paciente al emitir sus respuestas
- ✓ Forma de relacionarse con el entrevistador
- ✓ Aplanamiento, expresión facial sin movimiento

Autobiografía:

- ✓ Elección asociativa
- ✓ El interés que manifiesta en sus experiencias
- ✓ Qué adjetivos calificativos utiliza al describir sus vivencias
- ✓ Qué adjetivos utiliza al hablar de ciertas figuras
- ✓ Uso de superlativos → expansivo

Test Gestáltico Visomotor de L. Bender:

No olvidar que este instrumento, su objetivo, para lo que fue construido es para detectar, observar indicadores de daño orgánico cerebral, por lo tanto tomar, lo de a continuación, con cuidado, no como dogma.

- ✓ Figuras 1 o 2, cambian el ángulo, forma un arco → labilidad afectiva
- ✓ Tamaño grande de las figuras → descarga de ansiedad

Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS):

- ✓ En general todas las pruebas psicológicas evalúan, de cierta manera, el tono afectivo ya que se observa la forma, el interés o desinterés u otra alteración que esté presente en sus respuestas.
- ✓ Desinterés → apatía, indiferencia.
- ✓ Cansancio rápido → ¿tono afectivo deprimido?
- ✓ Respuestas irreflexivas → tono afectivo acelerado → ¿ansiedad?
- ✓ Ineficiencias temporarias → lentificación de pensamiento → ¿talante bajo?

House, Tree, Person (HTP):

- ✓ Todos los dibujos tienen los elementos necesarios y principales, el tamaño ocupa más de la mitad de la hoja, todas las partes están en su lugar → control afectivo normal.
- ✓ Tamaño pequeño, comprimido, presión fuerte y pesada o liviana, detalles excesivos, dibujos simétricos → control rígido.
- ✓ Trazo ininterrumpido, recto, falta de precisión, uniformidad, puntiagudo, anguloso, dentado, en los dibujos falta algún elemento importante → control afectivo insuficiente.
- ✓ Calidad de las líneas variable, presión poco uniforme, de diferente tamaño los dibujos, los detalles varían en cada dibujo en alguno están presentes en otro ausentes, en otro son adecuados → ambivalencia.

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach:

- ✓ $M < a$ la sumatoria de C; $FC < CF + C$; Shocks; $F > 65\%$ → labilidad afectiva.
- ✓ Respuestas de sombras sin respuestas de C, F → afecto intelectualizado, frío.
- ✓ $S = 2-3$ moderada y 4 o más, intensa; shock al color, $CF = 2-3$, $C = 2$; shock al gris; shock al color → ambivalencia.
- ✓ $R = o > 20$; $W = o > 20\%$ ($W+$, W_o , W_v); $Dd = > 5-12\%$; a veces Do y/o S ; $M+ = 3-5$; $F+ 80-95\%$, a veces Fm ; $A = > 40\%$; $H = < 20\%$; $P = > 5$; $O+ = < 15\%$; contenidos = 2 o más respuestas de objetos, 1 o más de vegetal, 1 o más anatómica, shock al rojo y/o al gris en láminas II o III → angustia manifiesta

Test de Apercepción Temática (TAT):

- ✓ Lámina con tema sexual o agresivo, el paciente se inhibe y no es capaz de desarrollar la historia.
- ✓ Verbalizaciones de desagrado o agrado exagerados al estímulo.
- ✓ Temas Edípicos.
- ✓ Verbalizaciones y reacciones moralistas ante estímulos sexuales y agresivos.
- ✓ Actitud teatral ante la prueba.
- ✓ Personaje triste, depresivo, melancólico
- ✓ Todos los indicadores anteriores informan que el paciente tiene una **labilidad afectiva**.
- ✓ Personajes paralizados por dudas y vacilación.
- ✓ Se le dificulta la historia porque el paciente no puede integrar los detalles de la lámina.
- ✓ Se le dificulta relatar el final porque no hay indicaciones obvias.
- ✓ Todos estos indicadores hablan de **ambivalencia**.

En general todas las pruebas proyectivas permiten evaluar el tipo de afecto que predomina en el examinado, sobre todo al relacionar estos datos con los obtenidos en la entrevista.

Forma de Demandar y Expresar Afecto.- Se refiere a cómo el evaluado pide ser amado, atendido por su Objeto o las personas que son de su interés y también a cómo expresa su amor, su afecto o desamor, lo hace en forma histérica, maníaca etc.

Entrevista:

- * Aspectos transferenciales del paciente
- * Cómo expresa su enojo, su afecto
- * Qué emociones más frecuente expresa
- * Actitud de la persona hacia la aplicación de las pruebas

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach:

Nos hablan del tono afectivo las fórmulas: $FC : cF + C$

M : sumatoria C

* $FM + m : C + c + Fc$

* $FK + Fc : F$

* $Fc + c + C : FC + CF + C \rightarrow$ necesita apapacho, que lo toquen, si no, no lo quieren.

* $FM + m : C + c + Fc$



Intratensivo extratensivo \rightarrow necesidad de afecto

* $F+$ elevado \rightarrow necesita estar muy constreñido, controlado

Test de Apercepción Temática (TAT):

- * Contenidos de las historias
- * Con qué asocia los contenidos
- * Situaciones conflictivas evidentes, rechazo con manifestaciones claras de culpa, angustia, tristeza, se niega a terminar el relato por disgusto \rightarrow control afectivo insuficiente.
- * Los personajes cómo piden afecto
- * Se deja devaluar para que lo quieran
- * Exige que lo quieran, el personaje.

Dibujo de la Figura Humana según K. Machover:

- * Reducción y exageración de las características que simbolizan demanda y expresión afectiva.
- * Posible proyección en la figura del sexo opuesto.
- * Tamaño de las figuras.

Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI):

- * Escala 3 elevada → demanda en forma infantil, exigente, no puede posponer que lo quieran.
- * 2 elevada → pide a través de la culpa.
- * 6 elevada → pide con suspicacia “no me van a dar, entonces tengo que pedir más”
- * 8 elevada → no expresa afecto, es aplanado, tampoco pide, pero sí lo quiere; características de ambivalencia.

Frases Incompletas de Sacks (FIS):

- * Manejo de la frustración sobre todo en el área familiar y relaciones interpersonales.

Características del Control de Impulsos.- Este control es ¿adecuado, deficiente?, el evaluado es ¿impulsivo, rígido o con buenos controles?

Entrevista:

- * Expresiones de lenguaje analógico del paciente respecto al entrevistador
- * ¿Es espontáneo?
- * Presenta o platica, reacciones francamente explosivas
- * Si le molesta, ¿hace berrinche?
- * Vocabulario coprolálico que no va de acuerdo con su nivel cultural

Test Guestáltico Visomotor de L. Bender:

- * Acentuación de angulación → impulsividad
- * Perseveración → impulsividad
- * Exageración de curvas → impulsividad
- * Macrografía → impulsividad
- * Colisión → impulsividad

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach:

- * $W = o > 20-30\%$
 - * $W+, W_0$
 - * $F+ = 80-95\%$
 - * $M+ = o > 3-4$
 - * $FC > CF + C$
- } control normal

M : sumatoria C = control de las explosiones, si sumatoria C es menor.

- * M : FM = predomina M → control adecuado, predomina FM → control infantil. Debe haber un balance.
- * Observar cantidad y calidad de las respuestas
- * F+ 95% → cuanto más forma pura → control rígido, más limitado el sujeto
- * S 2-3 = control por evitación, “como sé que me enojo no voy a la fiesta”.
- * CF 1-2 a veces C, shock al gris y al rojo → control rígido.
- * W = 0-3 o W -, Wv; M+ = 0 a 1 o M - = 1; F+ = 70% → control insuficiente.

Test de Apercepción temática (TAT):

- * Qué emociones asigna a los personajes
- * Actitud ante la prueba: intelectualiza, niega
- * Describe, no asocia hacia los estímulos
- * Exageración de reacciones emocionales de los personajes
- * Se apega a las instrucciones
- * Falta algún elemento en 5 o 6 láminas
- * Hay personaje central que coincide con el de la lámina
- * Su tema es cliché
- * Consistencia intraindividual
- * Tono emocional congruente con contenidos de la historia
- * Estos indicadores → control normal
- * CONTROL RÍGIDO → acepta instrucciones, impide contenido emocional o éste es muy tenue, el sujeto se muestra pedante, indiferente hacia los personajes, manejo intelectual de las emociones de los personajes.
- * CONTROL INSUFICIENTE → trata de apegarse a las instrucciones, algunas láminas con evidente conflicto, las rechaza con culpa, angustia, tristeza, se niega a continuar el relato por disgusto (culpa, angustia, tristeza).

Dibujo de la Figura Humana de K. Machover:

- * Tamaño de las figuras
- * Calidad de líneas: muy repintadas → imposibilidad de control
- * Exageración de los elementos que representan control o ausencia

Frasas Incompletas de Sacks (FIS):

- * Áreas en las que no hay asociación → control muy deficiente
- * Asociaciones exageradas de tinte emocional hacia las áreas de la prueba

Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI):

- * 4, 6, 8, 9 y 0 → son escalas activadoras, si están altas
- * 2, 3, 7, 0 → son escalas controladoras, si están altas → control a través del temor de ser abandonado
- * 4, 5 en hombres, bajas → indican control
- * 4, 5 en mujeres, altas → indican autoafirmación

Relaciones Interpersonales.- Cómo se relaciona, el examinado, con las personas que lo rodean, ¿se involucra? O establece relaciones interpersonales superficiales, o no se relaciona, es aislado.

Entrevista:

- ▶ Con qué emoción habla de sus figuras.
- ▶ Aspectos transferenciales. Cómo saluda al entrevistador, nos habla de frialdad o de lo contrario, es cálido.

Autobiografía:

- ▶ Revisar elementos afectivos con las personas que se ha relacionado el paciente en las diferentes etapas de su vida.
- ▶ ¿Menciona relaciones a largo plazo?
- ▶ No menciona amistades duraderas
- ▶ ¿Menciona involucramiento con las personas que trata?

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach:

- ▶ M → búsqueda de contacto humano
- ▶ H → habla del interés por la humanidad pero no tiene amigos
- ▶ Revisar respuestas M, FM en el balance con las respuestas de textura y color
- ▶ M : sumatoria C, búsqueda de la relación con la expresión
- ▶ Poner atención a las láminas III, IV y VII
- ▶ Respuestas D tiene un enfoque práctico en la vida

Test de Apercepción Temática (TAT):

- ▶ Qué relación interpersonal plantea y el tinte afectivo que adjudica a los personajes
- ▶ Tomar en cuenta los elementos simbólicos de cada lámina

Dibujo de la Figura Humana de K. Machover:

- ▶ Observar manos y boca, simbolizan relaciones interpersonales, así como ojos cubiertos o cerrados
 - ▶ Figs. de perfil
 - ▶ Figs. de espaldas
 - ▶ Figs. escondidas
- } dificultad en relaciones interpersonales

Frases Incompletas de Sacks (FIS):

- ▶ Revisar especialmente las áreas: familiar, relaciones interpersonales y sexual.
- ▶ Las respuestas expresan conflicto en las relaciones interpersonales.
- ▶ Las respuestas expresan los modos de interacción dentro de la familia.

Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI):

- ▶ Escala 3 elevada → vincula en forma dependiente, infantil, por lo tanto hace berrinches.
- ▶ 4 elevada → se relaciona a través de la explotación.
- ▶ 6 elevada → se vincula a través de la agresión y desconfianza “seguro quiere algo de mí”.
- ▶ 8 elevada → tendencia a evitar las relaciones.
- ▶ Balance de las escalas L, F, K → mentiras, para la buena imagen; estoy muy mal, tengo de todo, la F alta; qué te importa, K alta.

Autoconcepto.- Dentro de las características del individuo bien ajustado o adaptado está el autoconcepto adecuado; éste se refiere a la opinión que se tiene de sí mismo, al conocimiento; qué pienso de mí, cómo me describo, me califico o descalifico, o me califico con cero o con 10, cómo creo que me ven los demás. El autoconcepto está muy vinculado con la autoestima, ya que dependiendo de qué opino de mí así me quiero.

Estas características (autoconcepto, autoestima), a su vez dependen de la maduración del área percepto-motora porque a partir del tono muscular es nuestra imagen corporal y tono afectivo y éste influye en nuestro estado de ánimo y éste a su vez tiene injerencia sobre nuestro autoconcepto y viceversa.

En cuanto a lo perceptual dependiendo de cómo me veo, opino de mí y así viene el efecto carambola, una detrás de la otra; si todo va bien, se tiene un buen autoconcepto y si no es así vamos a tener tropiezos en esta área.

En los individuos que no tienen buena salud mental su autoconcepto está muy comprometido y afecta todas las áreas manifestándose en sus actitudes, comportamiento,

rendimiento escolar, laboral, personal etc. No debemos olvidarnos del uso de mecanismos de defensas al funcionar o disfuncionar con el medio ambiente, por lo que debemos estar muy atentos ya que el autoconcepto puede ser muy diferente a lo que la persona expresa verbalmente.

A continuación se revisarán los indicadores en los diferentes instrumentos:

Entrevista:

- ¿Reconoce sus cualidades, éxitos, defectos y fracasos?, cómo los valora o sobrevalora.
- ¿Expresa culpa, angustia cuando se autoreconoce?
- Características de sus figuras introyectadas e identificadas

Autobiografía:

- Cómo se autodescribe
- Qué adjetivos utiliza al autodescribirse
- Cómo influyen las características que se aplica a sí mismo en sus relaciones interpersonales.
- ¿Narra maltrato en sus relaciones familiares e interpersonales? → autolástima

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach:

- Revisar principalmente la lámina VIII; qué opina de lo que ve
- Revisar las láminas IV y VII

Test de Apercepción temática (TAT):

- Cómo maneja al “héroe” de la historia, lo considera torpe asertivo, brillante, resolutivo, conflictivo, mediador, etc.
- Cómo relaciona al héroe con las otras figuras del relato
- ¿Qué adjetivos calificativos para el héroe?

Frasas Incompletas de Sacks (FIS):

- Revisar el área de autoconcepto (actitudes hacia metas, habilidades, pasado, futuro, temores, culpa)
- Relacionar las diferentes áreas, principalmente autoconcepto, familiar y sexual

Dibujo de la Figura Humana de K. Machover:

- Secuencia de los dibujos
- Comparación entre los tamaños de las figuras
- Ubicación de las figuras en la hoja
- Comparación de las figuras dibujadas tomando en cuenta el sexo del paciente
- Características de elementos sexuales en cada dibujo
- Características de la historia de los dibujos

Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI):

- Toda la prueba es autodescriptiva por lo que nos informa acerca de las actitudes que tiene el examinado, por lo tanto de su autoconcepto.
- Tomar en cuenta todo el perfil: balance
- K elevada → buen autoconcepto
- 2 elevada → autoconcepto inadecuado, pobre
- 7 elevada → se autodescribe como ansioso

Capacidad de Insight y sus Características.- El evaluado siente que participa en sus conflictos o toda la responsabilidad la pone afuera de él o ella. Logra el cambio al hacer el insight o sólo logra el insight intelectual. ¿Logra pasar del síntoma al problema? Indica buena capacidad de insight, así como la capacidad de introspección en el examinado. Este apartado se refiere a la capacidad del individuo de verse a sí mismo, de hacer contacto con su propio mundo interno. El Insight también se puede entender como el unir lo de aquí y ahora con el ayer y entonces, atribuir significado y causalidad.

Entrevista:

- ✦ Se observa qué tanto se compromete el paciente en sus experiencias; ¿hay un reconocimiento causa-efecto de sus vivencias?
- ✦ En situaciones de crisis y conflicto interno ¿reconoce cómo participa?, ¿el efecto de su conducta?
- ✦ ¿En sus respuestas se observa que está comprometido consigo mismo?
- ✦ Manifiesta ser responsable consigo mismo.
- ✦ El C.I. se relaciona con el insight. A mejor rendimiento cualitativo del C.I. → mejor capacidad de insight.
- ✦ Responsabiliza a otros → ausencia de insight.

Autobiografía:

- ✦ ¿En su relato se observa que el paciente reconoce cómo participó?
- ✦ Qué afectos relaciona con las experiencias narradas

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach:

- ✦ Se revisa principalmente la lámina IX, qué asociaciones hizo.
- ✦ Respuestas Fm → indica tensión → puede haber capacidad de insight
- ✦ Respuestas de difusión con predominio de la forma FK, Fk → no hay buena calidad de insight
- ✦ M → capacidad de insight
- ✦ En general se debe observar el balance de las determinantes

Test de Apercepción Temática (TAT):

- ✦ Se observa: ¿el personaje central se responsabiliza de lo que hace? → Sí → buena capacidad de insight.
- ✦ ¿Se responsabiliza de los hechos? → Sí → buena capacidad de insight.
- ✦ ¿En las historias describe que lo obligan a hacer? → Sí → sin insight.
- ✦ ¿Se siente víctima a través de los personajes? → Sí → sin insight.
- ✦ ¿El desenlace de la historia es mágico? → Sí → no hay insight

Dibujo de la Figura Humana de K. Machover:

- ✦ Características de las historias

Frases Incompletas de Sacks (FIS):

- ✦ ¿En sus respuestas se manifiesta una actitud de compromiso y responsabilidad?
- ✦ ¿Qué afectos asocia al estímulo?
- ✦ Sus respuestas indican que las consecuencias se debe al azar → sin insight

Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI):

- ✦ Se toma en cuenta cada escala en relación con el resto del perfil.
- ✦ Escalas elevadas → arriba de T 70
- ✦ K elevada → sin insight
- ✦ 2 elevada → autocrítica → autocensura
- ✦ 7 elevada → probable insight

MECANISMOS DE DEFENSA

Para poder informar acerca de este rubro, se necesita, ya, realizar una integración de aspecto inconscientes y cómo se mueve (psicodinámica), el mundo interno del paciente.

Desde la primera entrevista se debe estar observando cómo y con qué se “defiende” la persona; ¿de qué se defiende?, de sí mismo, el “enemigo” no está afuera, se encuentra en él mismo.

El mecanismo defensivo está íntimamente relacionado con el diagnóstico, es decir si es paranoico utiliza el mecanismo de defensa de la proyección.

La única defensa exitosa es la SUBLIMACIÓN, se canaliza el impulso logrando liberar la energía libidinal evitando así tensión interna, por lo tanto no hay patología.

INDICADORES DE MECANISMOS DE DEFENSA

REPRESIÓN: Con este mecanismo defensivo se “olvidan” los impulsos intensos o los hechos, para aminorar sus efectos, pero no por ser reprimidos se aminora su vigor. Es cualquier energía que se opone a que el contenido aflore a la consciencia.

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach, (Fdez. 1980):

✧ Tiempo de reacción = ó > 30 segundos; R < 20; W < 20% (W+, Wo, Wv); Dd < 5%; F → 90-100%; M : C, M+ = 0 a 1; sumatoria C = 0 o CF; P > 5; 0 < 5%; shock al color; interpretaciones fantásticas y superficiales en láminas cromáticas; no usa el color rojo; F - imprecisas en las manchas de C; respuestas de perspectiva.

Test Gestáltico Visomotor de L. Bender:

✧ Reducción secuencial de las figuras

House, Tree, Person (HTP):

✧ Figuras humanas → líneas diluídas, figuras con dientes y cuello

Test de Apercepción Temática (TAT):

- ✧ El personaje central o secundario es animal u objeto.
- ✧ El personaje secundario: máscara, disfraz o parte del cuerpo.
- ✧ Al sujeto se le dificulta hacer sus historias tomando en cuenta lo obvio.

REGRESIÓN: Generalmente se utiliza porque el individuo se enfrenta a constantes frustraciones, surgiendo el deseo de regresar a estadios anteriores de su vida donde las experiencias fueron más placenteras. Es presentar conductas y actitudes correspondientes a edades tempranas.

Test Gestáltico Visomotor de L. Bender:

- ✧ Fragmentación
- ✧ Regresión
- ✧ Figura 1 círculos en vez de puntos
- ✧ Figura 3 reduce el número de puntos o partes de la figura
- ✧ Figura 4 fragmentada

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach:

- ✧ $w > 30\%$ (W_o , W_v , W_-); $F+ = \acute{o} < 70\%$; 1 o 2 DW. Respuestas: dientes, dentaduras, caras sacando la lengua, que escupen, que soplan, botellas, bebidas, personas o animales bebiendo, respuestas de comida, pechos femeninos, etc. (respuestas orales)
- ✧ Excremento, animales que “dejan caer algo”, anos, etc. (respuestas anales)
- ✧ Escenas de guerra, personas o animales decapitados, atropellados, destrozados, pinzas, tijeras, etc. (respuestas sádicas)
- ✧ Dos muchachas que se besan, hombres teniendo relaciones sexuales, abrazándose, etc. (respuestas homosexuales).

House, Tree, Person (HTP):

- ✧ Figuras humanas → hacia abajo, figura desorganizada, borraduras excesivas, casi sin diferencias sexuales, figuras de niño, cabeza muy grande, énfasis en boca, cuello largo, tronco con líneas de un solo trazo, brazos extendidos, en ángulo recto, sin manos, o sin dedos o sin ambos, dedos con forma de pétalos o uvas, o muy largos, botones en la mitad, piernas flotando.

Test de Apercepción Temática (TAT):

- ✧ El personaje central es de edad menor al paciente
- ✧ Historias centradas en la infancia y son felices porque son protegidos
- ✧ Si hay personaje adulto, narra que añora su infancia

AI SLAM IENTO:

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach:

- ✧ $Dd > 15\%$; $F+ > 95\%$; $M+ > 4$; $FC < 3$, $CF < 2$, $C = 0$. A veces F. Contenido: objetos, máquinas, hielo, nieve, estatuas. A veces descripciones de la mancha (formas, color, clarooscuro). Tipo de vivencia introversivo.

House, Tree, Person (HTP):

- ✧ Figuras humanas → brazos rígidos a los lados.

Test de Apercepción temática (TAT):

- ✧ Los personajes están aislados uno de otro
- ✧ Personaje secundario → es punto blanco (lámpara, ventana)
- ✧ El personaje no se ve, no está ahí
- ✧ El personaje no es amenazador, ni antipático
- ✧ Las personas desaparecen o son, las imágenes como un sueño

INTELECTUALIZACIÓN:

Test Gueštáltico Visomotor de L. Bender:

- ✧ Figura 6 → Reducción del tamaño, curvas aplanadas, usar un apoyo como una línea.

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach:

- ✧ $R > 20$; $W < 20\%$ con $W+$, W_o , W_v , $W-$; $F+ = \acute{o} < 70\%$; $M+ = \acute{o} < 3$; $A > 45\%$; $P > 5$; $O+ = \acute{o} < 10\%$, $O-$
- ✧ También puede observarse en: $R < 20$ y $W > 30\%$ con $W+$, W_o ; $Dd > 20\%$; $S = \acute{o} > 3$; $F+ = \acute{o} > 95\%$; $M+ > 4$; $A < 35\%$; $P = \acute{o} < 5$; $O+ = \acute{o} > 20-30\%$.
- ✧ En las 2 opciones hay contenido científico (histórico, etnográficos, ciencias naturales, arte). Simbolizaciones.

House, Tree, Person (HTP):

- ✧ Figuras humanas → dibujos muy bien realizados, casi perfectos, figuras rígidas, muy detalladas, simétricos.

Test de Apercepción Temática (TAT):

- ✧ Historias con temas científicos, políticos, estéticos, psicológicos, el narrador plantea controversias de estos temas.
- ✧ Frecuentemente hacen teorías psicológicas en torno a las láminas.
- ✧ Vocabulario científico o palabras poco frecuentes.

FORMACIÓN REACTIVA VS PASIVIDAD: La formación Reactiva, es un tipo de represión donde la contracatexis es manifiesta, logrando modificar ciertos actos o modificando la personalidad, tomando una actitud opuesta a la original.

Test Guestáltico Visomotor de L. Bender:

- ✧ Figuras grandes

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach:

- ✧ Gran resistencia ante el examen; $R > 20$ ó < 20 ; $W =$ ó $< 20\%$ con W_o W_v ; $D =$ ó 70% ; $F+ =$ ó $< 70\%$; $M+ =$ ó < 3 ; $A =$ ó $> 45\%$; $H < 20\%$; $P > 5$; $O+ < 10\%$. Si disminuye la resistencia surgen respuestas de C o C'

Test de Apercepción Temática (TAT):

- ✧ Personajes inactivos, dependientes, pasivos y el paciente los critica acremente.
- ✧ O personajes muy activos sin reposo porque hay mucho qué hacer.

CONTRA LA AGRESIVIDAD:

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach:

- ✧ $R > 30$; $Dd > 20\%$; $S =$ ó > 3 ; $F+ =$ ó $> 90\%$; $FC =$ ó > 3 ; pocas CF y cF.
Contenido: respuestas agresivas o muñecos, o papagayos o los tres. Si disminuye la resistencia, aumenta Respuesta de C, C', F -, aumentan las respuestas agresivas y respuestas de contenido anal.

Test de Apercepción Temática (TAT):

- ✧ Se omiten los estímulos agresivos, los convierten en lo contrario: pistola de lámina 3 VH no se ve o es juguete.
- ✧ Las mujeres de láminas 18 NM están muy contentas.
- ✧ El paciente presenta una actitud de agresividad inhibida.

ANULACIÓN:

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach:

- ✧ Ejemplo de respuestas → sangre → mermelada; animal salvaje pero pequeño; diablo pero amistoso; bruja buena.

Test de Apercepción Temática (TAT):

- ✧ Historias con inicio trágico
- ✧ Historias violentas

- ✧ Héroe pasivo
- ✧ Repentinamente cambia → se resuelve en forma alegre y el héroe se vuelve activo.
- ✧ Personajes secundarios son amenazadores pero pequeños o amistosos.

PROYECCIÓN: Se envían afuera las emociones o excitaciones que el Yo trata de rechazar, una vez afuera, se trasladan a otro, ya que se busca un reservorio externo, donde sí pueden ser censurables y rechazadas.

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach:

- ✧ Con probable delirios de grandeza → $W > 40\%$ ($W+$, W_0 , W_v).
- ✧ En la desconfianza → $D_d > 20\%$ muy elaborados, con detalle D_r ; $S = \acute{o} > 4$; $F+ = \acute{o} > 95\%$; pocas C ; a veces $A > 45\%$ y/o 2 o más anatómicas.
- ✧ Contenido: figuras geométricas, letras, signos de puntuación, abstractas, símbolos; cosas amenazadoras como autoprotección o atributos de poder y de grandeza.
- ✧ Confabulaciones, reclamaciones por falta de simetría, a veces $F-$.

House, Tree, Person (HTP):

- ✧ Figs. humanas ojos enfatizados, orejas grandes o reforzadas
- ✧ Brazos pegados al cuerpo
- ✧ Dedos como garras
- ✧ Con articulaciones enfatizadas
- ✧ De perfil, se asoma un brazo y una pierna

Test de Apercepción Temática (TAT):

- ✧ El héroe culpa a los demás de lo que le sucede.
- ✧ El personaje central no acepta que haya cometido errores.
- ✧ El examinado culpa al psicólogo porque lo obliga a desarrollar un tema que no quiere hacer, pero la lámina lo exige.

DESPLAZAMIENTO:

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach:

- ✧ $D_d > 20\%$ con D_0 y/o D_e ; $H_d > H$; describe los colores; F/C , C/F , FC ; respuestas de máscaras, animales terroríficos o amenazadores, a veces animales humanoides (minotauro, centauro, sirena, medusa).

House, Tree, Person (HTP):

- ✧ Figuras Humanas → de perfil (la del mismo sexo que el paciente), la otra figura de frente.
- ✧ Líneas débiles, pequeñas, figuras hacia arriba o hacia abajo, ojos cerrados, pequeños, manos atrás, en los bolsillos, o no aparecen.

Test de Apercepción Temática (TAT):

- ✧ La historia se basa en aspectos secundarios, o personaje que no existe pero sí hay un elemento que le desagrada al paciente.

NEGACIÓN:

Test de Psicodiagnóstico de Rorschach:

- ✧ $W > 40\%$; $Dd = \acute{o} > 20\%$ con Dr ; $S = \acute{o} > 4$; C/F , F/C y C ; $A < 35\%$; autorreferencias, simbolismos, M ocultas; respuestas negadas; respuestas en forma de pregunta, deshumanización, desvitalización.
- ✧ Contenidos → imágenes de culpa (infierno, diablos, demonios, fuego); imágenes oral receptivas o agresivas (comida, bocas abiertas, pechos, quijadas con dientes); imágenes de tristeza y desesperación (vacío, destruido, torcido, objetos “feos”), junto con imágenes de inocencia (ángeles, catedrales, ovejas); imágenes de potencia (personas gordas, senos llenos de leche, semen, pene en erección); imágenes serenas (personas amables, nubes, rosas, flores, paisajes); imágenes de felicidad y esperanza (primavera, fiesta, risa, juguetes).

Test de Apercepción Temática (TAT):

- ✧ No toma en cuenta el estímulo que permite hacer una historia con tema cliché.
- ✧ Distorsiona la actitud de los personajes ejemplo en lámina 3VH y 3NM el héroe está feliz por sus éxitos; lámina 18VH y 18NM ve escenas amistosas; lámina 17NM ve escenas que representa paz y tranquilidad.

ÁREAS LIBRES DE CONFLICTO

Es necesario explorar esta área para saber con qué recursos cuenta el paciente y tomarlo en cuenta para las sugerencias terapéuticas y el pronóstico.

Se observa cuál es la actitud del paciente ante los conflictos si está esperanzado, si se enfoca hacia las soluciones, si se encuentra comprometido para el cambio, es decir, se evalúa la fortaleza yoica del paciente.

Impresión Diagnóstica.- En cuanto a este rubro la tarea es empatar todos los hallazgos que se encontraron y ubicarlo en una nosología: DSM o CIE (clasificación internacional de las enfermedades). Se debe diferenciar entre los síntomas y signos que presenta el paciente los criterios diagnósticos que sugiere la nosología utilizada, con la intención de que el diagnóstico sea objetivo y pueda ser entendido por cualquier profesional que lea el reporte psicológico. Así mismo, a partir del diagnóstico se tomará la decisión respecto al tratamiento.

Pronóstico.- Bueno, malo; favorable, desfavorable; a corto, largo plazo. Depende de las conclusiones a las que se llegó, el objetivo es decir cuál va a ser el comportamiento del paciente durante el tratamiento por lo tanto en qué va a terminar el trastorno, cuál será la situación del paciente respecto a la enfermedad, qué se espera del paciente.

El pronóstico es una inferencia que hacemos con base a las conclusiones obtenidas a lo largo del proceso de evaluación del paciente, se lleva a cabo una proyección a futuro sobre qué es lo que va a suceder con la enfermedad (diagnóstico). El pronóstico se hace en dos niveles: con respecto al comportamiento esperado del evaluado dentro del proceso terapéutico, incluyendo si se encuentra internado, y respecto al comportamiento esperado en caso de que se le externalice o después del tratamiento, se deben tomar en cuenta ambos aspectos.

El que el pronóstico sea favorable o desfavorable, bueno o malo depende de los resultados obtenidos en la evaluación y de la impresión diagnóstica. Los parámetros para tomar la decisión serían: **Favorable:** esto se pronostica cuando el paciente cuenta con capacidad y habilidades, con recursos, que le permitan lograr una buena relación con su entorno (trabajo, relaciones interpersonales, autoridad etc.), el apego a las normas establecidas, participación en las actividades cotidianas y la colaboración que tenga en el tratamiento. **Desfavorable:** cuando el paciente no cuenta con lo mencionado en el párrafo anterior; con las capacidades y habilidades suficientes que le permitan lograr una adecuada adaptación al medio que lo rodea; no tiene conciencia de las consecuencias de su conducta; se muestra refractario al tratamiento.

Tratamiento.- Se sugiere el tipo de terapia que le conviene y/o cuáles serían los objetivos terapéuticos, los que dependen de las necesidades específicas del paciente y las demandas del medio ambiente.

REVISIÓN DE ALGUNOS INDICADORES PARA DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

Depresión: (Neurótica o Psicótica)

- ☒ Su discurso se centra en el tema de la soledad.
- ☒ Habla de pérdida (real o imaginaria), lazos afectivos rotos.
- ☒ Puede hablar de tristeza pero si hay vínculos afectivos no es depresión. Por lo que se debe tener cuidado y diferenciar si la tristeza es o no depresiva.
- ☒ Si el paciente expresa pérdida del objeto con el cual está identificado, puede ser melancolía.
- ☒ El paciente depresivo se le dificulta relacionarse con el profesional que lo entrevista porque lo considera inepto para relacionarse con él.
- ☒ Otro tema preferido del depresivo es el de la muerte, porque simboliza la pérdida del objeto.
- ☒ Es así como llega a la idea suicida, porque excluye toda relación objetiva y se fusiona con el objeto a través de la muerte.
- ☒ Si el sujeto anuncia su muerte puede estar indicando una esperanza en el objeto → buen pronóstico.
- ☒ En la terapia se trabajaría la elaboración de duelo.
- ☒ Mal pronóstico si en realidad hay una soledad.
- ☒ El depresivo tiene elementos agresivos, lo que provoca el rechazo de los demás que hace proclive su situación solitaria.
- ☒ La depresión patológica no está justificada en la realidad.
- ☒ En el tratamiento se promueve que el paciente reconozca o acepte que tiene agresividad hacia el objeto perdido.

Psicosomatización:

- ☒ Puede haber discurso donde el paciente relaciona la somatización con la infancia. Esto de alguna manera facilita el trabajo terapéutico.
- ☒ Otros sólo presentan la queja somática actual.
- ☒ Algunos pacientes construyen verdaderas novelas de sus padecimientos → Tratamiento que se sugiere: La Narrativa
- ☒ Otros sólo son descriptivos, a nivel médico. Mal pronóstico.
- ☒ Los que sólo describen, son más regresivos → mal pronóstico.

- ⊗ El paciente establece un intercambio con el psicólogo de pregunta- respuesta y no va a tomar la iniciativa → Mal pronóstico
- ⊗ El paciente sólo responde, sin dar hechos relevantes → Mal Pronóstico
- ⊗ El paciente parece que no tiene actividad imaginativa → Mal Pronóstico
- ⊗ Si los elementos que da el paciente se relacionan con alguna actividad pulsional → se puede utilizar en la terapia → Buen Pronóstico.
- ⊗ En terapia se debe poner atención en las demandas que hace el paciente → ¿Se quiere curar físicamente?
- ⊗ Aunque la demanda generalmente se centra en la queja somática → O ¿Por qué se enferma?
- ⊗ El terapeuta se debe encargar de estructurar la demanda del paciente.
- ⊗ Se debe cuidar de no presionar para que afloren los afectos, ya que el paciente sentirá una sobrecarga emocional.
- ⊗ Tampoco se debe dar al paciente las representaciones que faltan (no se llena el vacío mental con aspectos del terapeuta), porque se le promueve al sujeto que sienta falta de control de su acción.

La Psicosis:

- ⊗ Su forma de comunicarse con el medio externo, no es funcional, parece que inventó un nuevo estilo.
- ⊗ Se debe aprender el estilo de comunicación porque es la única forma de acceder al discurso del paciente.
- ⊗ El paciente puede hacer preguntas pero no escucha las respuestas.
- ⊗ Sin embargo si se le regresa la pregunta, él sí la contesta.
- ⊗ Parece que hace la pregunta para contestarla él mismo.
- ⊗ Ese es su estilo, si quiere hablar de un tema, lo pregunta para que el psicólogo se la haga y el paciente la conteste.
- ⊗ Este estilo de comunicación se debe a la ambivalencia que caracteriza a la psicosis.
- ⊗ Burnham (cit. en Poussin, 1995; pp 80), “se puede considerar la oscuridad del lenguaje del psicótico como un compromiso entre un deseo intenso y un temor igualmente intenso, de una relación extraordinariamente íntima”
- ⊗ Según H. Searles (cit. en Poussin 1995, pp 81), afirma que los psicóticos reproducen, en las entrevistas con el psicólogo, lo que vivieron de pequeños.
- ⊗ El psicólogo no se debe dejar invadir por la fuerza destructiva del psicótico → si lo logra, puede hacer proclive que los elementos disociados o reprimidos el paciente los integre a su yo y deje de estar invadido por estos elementos.

El Delirio:

- ⊗ El delirio aísla al paciente
- ⊗ Requiere de neurolépticos (recetado por el psiquiatra)
- ⊗ Los fármacos afectan las otras funciones del paciente por lo que su rendimiento puede ser muy lento
- ⊗ En las entrevistas se dificulta el diálogo con el paciente, sin embargo es conveniente escucharlo para posicionarlo como ser humano
- ⊗ Para curar al psicótico delirante, aparte de los neurolépticos, se promueve reintroducirlo a una relación dual
- ⊗ Otro objetivo terapéutico, después del anterior, es lograr reconocer las necesidades del paciente
- ⊗ La función del delirio es reconstruir el mundo a partir de las exigencias internas del sujeto
- ⊗ Para entrar al mundo del paciente delirante se debe escuchar el delirio sin aprobarlo, ni criticarlo.

La Paranoia:

- ⊗ La paranoia pura es poco frecuente
- ⊗ Es más frecuente el delirio esquizofrénico tipo paranoide
- ⊗ Lo caracteriza la *desconfianza, la duda, la persecución*
- ⊗ Si acaso el paranoico llega a consulta, lleva un objetivo preciso pero no lo comparte.
- ⊗ Generalmente habla de justicia.
- ⊗ El paranoico no acepta hablar de sí mismo.
- ⊗ El paciente pone al tercero en escena.
- ⊗ El tercero termina siendo el malo → surge sentimiento de venganza en el paciente, porque el otro lo hace sufrir.
- ⊗ Para el paranoico, todos terminan siendo malos, por lo tanto él se queja de ser injustamente tratado.
- ⊗ Tiene una actitud crítica y vigilante hacia los demás.
- ⊗ Con el paranoico “todo lo que digas va a ser usado en tu contra”.
- ⊗ Todo ocurre en lo imaginario.
- ⊗ El psicólogo, terapeuta, debe estar capacitado para detectar inmediatamente las características paranoicas, para no exigir información complementaria al paciente porque se promueve el núcleo patológico.

- ⊗ La actitud empática del terapeuta permite escuchar más serenamente al paciente paranoico.
- ⊗ El profesional debe evitar posicionarse como cómplice del paciente → por lo tanto no se acepta, ni crítica el delirio paranoico.

A continuación se revisarán algunos trastornos de la personalidad con el objetivo de facilitar el diagnóstico.

A) Trastornos de la Personalidad Leve:

➤ **Trastorno Antisocial de la Personalidad:** Conductualmente la persona con este trastorno se mueve desde ser valiente a insensible ante los ojos de los demás, son duros, impulsivos y orientados hacia el poder. Interpersonalmente se comportan de una manera que va desde opositorista hacia beligerante, desprecian, a menudo intimidan y degradan a los demás y no tienen compasión social. Cognitivamente van desde ser individualistas hasta fanáticos, son egocéntricos, ven el mundo en relación sólo a sus necesidades.

Afectivamente son hostiles, malévolos, con humor lábil. Los antisociales se perciben a sí mismos desde competitivos hasta dominantes, con pensamientos propios, activos, independientes y confiados en sí mismos. La forma de enfrentamiento más frecuente, utilizado por este tipo de personalidad es el acting out, porque corresponde a la tendencia impulsiva, a mostrar pensamientos, emociones y acciones abiertamente ofensivas socialmente, donde el objetivo es desahogar, mediante discusiones, cualquier tensión interna.

➤ **Trastorno de la Personalidad Narcisista:** Conductualmente, la personalidad de este tipo va desde arrogante a pomposo, tienden a despreciar los derechos de los demás. Interpersonalmente, se conducen como explotadores leves hasta exagerados, porque dan por hecho que los demás están para servirles.

Cognitivamente los narcisistas son expansivos, incluso pueden llegar a ser indisciplinados, tienden a exagerar la verdad y mentir abiertamente para realizar o redimir las ilusiones de sí mismos.

Afectivamente son indiferentes o exuberantes, parecen fríamente imperturbables, excepto cuando la confianza en sí mismos empieza a corroerse. Los narcisistas se perciben como seguros de sí mismos y como individuos superiores, de una categoría especial.

El mecanismo de defensa más empleado por esta personalidad es la racionalización, para distorsionar la realidad, ya que representa un proceso inconsciente donde el individuo crea un alivio, excusa o justificación para las frustraciones, fallos o actos socialmente inaceptables, ocultando así las razones reales de la frustración.

➤ **Trastorno de la Personalidad Histriónica:** Conductualmente los histriónicos se comportan en forma teatral, tienden a hiperreaccionar y actuar impulsivamente y con afición por la excitación.

Interpersonalmente son coquetos y seductores, con frecuencia solicitan halagos y manipulan a los demás para lograr su atención.

Cognitivamente son vacilantes ó difusos, se resisten a la introspección y tienden a mostrar un juicio pobre.

Afectivamente van desde volubles a impetuosos, muestran exhibiciones dramáticas de emoción y una tendencia a excitarse fácilmente, tanto como aburrirse.

La percepción de sí mismos va desde ser sociables hasta hedonistas, se ven a sí mismos como activos y gregarios.

El principal mecanismo de defensa es la disociación, donde hay una tendencia a separar o disociar su identidad “real” de su identidad “pública”, por lo que es común que modifiquen sus conductas en público para ofrecer una imagen socialmente aceptable.

➤ **Trastorno de Personalidad por Dependencia:** Este tipo de personalidades se caracterizan por la marcada necesidad de aprobación, apoyo y afecto social. En contraste con las personalidades independientes, que buscan en sí mismos el refuerzo, las personalidades dependientes, necesitan de los demás para encontrar el refuerzo. Se caracterizan por su predisposición a alterar significativamente su estilo de vida para establecer o mantener la armonía interpersonal. Estas personas tienden a ser sensibles y vulnerables a la desaprobación, donde las críticas pueden vivirlas como devastadoras. Tienden a desvalorizarse y su autoestima suele basarse en los comentarios y acciones de los demás. Los grandes temores de esta personalidad es el abandono y la soledad.

En resumen, son personas que se someten a sí mismos a las demandas de los demás, a diferencia de los histriónicos, cuya estrategia es cautivar a los demás para obtener protección y aprobación.

El principal mecanismo de defensa empleado es la introyección, donde la persona dependiente desarrolla una devoción extrema hacia determinadas personas, de las que depende, la finalidad de este mecanismo, no sólo es identificarse y depender de otros, sino además lograr una internalización de los demás con la esperanza de crear una unión interpersonal estable. Al introyectar evitan diferencias y conflictos en las relaciones.

➤ **Trastorno de la Personalidad Pasiva-Agresiva:** Conductualmente estos individuos varían desde huraños a opositoristas, típicamente tercos, funcionan ineficientemente y aprovechan las oportunidades para desmoralizar a los demás.

Interpersonalmente se comportan de una manera que varía desde ser ambivalentes a no cooperadores, dudan entre una conducta de dependencia y otra de independencia.

Cognitivamente estos individuos son desde inconsistentes a desorientados, experimentan pensamientos y deseos contradictorios.

Afectivamente van de irritables a agitados, son susceptibles, impacientes, irritables y generalmente negativos.

La autopercepción es de descontentos o maltratados, muy pesimistas.

El mecanismo de defensa que utilizan es el de desplazamiento, que consiste en un cambio o transferencia de emociones negativas u hostiles de la gente, lugares o cosas que los provocan, a personas de menor importancia o poder.

Generalmente estas emociones hostiles son expresadas en forma pasiva, por ejemplo en apariencia de perplejidad, incompetencia, altruismo y formas de autosacrificio.

➤ **Trastorno de Personalidad Compulsiva:** Conductualmente el compulsivo va de disciplinado a perfeccionista, con un estilo de vida muy estructurado, repetitivo y dirigido por una adherencia rígida a normas y reglas.

Interpersonalmente se comportan desde irrespetuosos a congraciadores, son educados, formales y habitualmente leales.

Cognitivamente esta personalidad va de deprimida a dogmáticamente bloqueada, son típicamente carentes de imaginación y de ideas nuevas; los problemas que no tienen alguna solución clara son frustrantes para estos individuos.

Afectivamente van de solemnes a serios, son tensos y mantienen sus emociones bajo estricto control, la percepción de sí mismos es de escrupulosos e íntegros, se observan como leales, fiables y eficientes.

El mecanismo de defensa más empleado es el de la formación reactiva, ya que representa un proceso en el que se reprimen los impulsos indeseables y forman una actitud consciente diametralmente opuesta; esto sirve no sólo para la aceptación social, sino también para mantener el control sobre impulsos socialmente inaceptables que amenazan con alterar la homeostasis psicológica.

➤ **Trastorno de Personalidad por Evitación:** Conductualmente se muestran a los demás desde cautelosos a alarmados, están siempre vigilantes ante la potencial amenaza. Las situaciones interpersonales las consideran como aversivas y son afrontadas mediante el alejamiento; aunque estas personas desean la relación, mantienen una distancia social.

Cognitivamente se observan desde distraídos a perplejos, a menudo se preocupan por apreciaciones hipervigilantes de su entorno.

Afectivamente van de estar angustiados a hiperexcitados. Su autopercepción es que se consideran rechazados e ignorados, se sienten aislados de todo.

El mecanismo de defensa es la fantasía, proceso semiconsciente de imaginación que sirve para gratificar las necesidades y anhelos que no pueden llevarse a cabo en la realidad. Esta fantasía provee al sujeto de un medio seguro para descargar afectos, agresión y otros impulsos, que de otra manera pueden ser inapropiados, incómodos o imposibles de lograr en la realidad.

➤ **Trastorno de Personalidad Esquizoide:** Conductualmente tienden a variar desde la apatía a la inercia, parecen fatigados y faltos de vitalidad. Desde el punto de vista interpersonal, se observan desde reservados a ausentes, tienen pocos amigos íntimos, si es que logran establecer alguna amistad.

Cognitivamente van desde el empobrecimiento a la aridez. Su expresión afectiva es aplanada, se ven fríos, sin respuesta y sin sentimientos. Se autoperciben como complacientes, faltos de vitalidad, con escasa conciencia de sí mismos.

El mecanismo de defensa preferido por este tipo de personalidad es el de la intelectualización, tendencia a pensar o describir sus experiencias afectivas e interpersonales en términos de hechos reales, analizándolos desde una perspectiva impersonal, casi mecánica. En situaciones sociales se fijan en el aspecto formal y objetivo de los eventos. Consideran que las muestras de emoción son infantiles e inmaduras. Con este mecanismo se mantienen retraídos y no se involucran socialmente ni afectivamente.

B) Trastornos de la Personalidad Moderado a Grave:

➤ **Trastorno Esquizotípico:** Este trastorno es visto como una extensión de síndrome, más grave, o deterioro de los trastornos de personalidad esquizoide y de evitación. En la actualidad este trastorno ataca a una persona de cada cien a nivel mundial y que pertenecen al rango de edad que va desde los 15 a los 30 años.

El término esquizofrenia se asigna a un complejo grupo de desórdenes mentales de síntomas y causas distintas, pero todos ellos con algo en común, que es que el paciente no tiene contacto con la realidad, ya sea por unos momentos o de manera permanente, por lo que la esquizofrenia es la enfermedad mental más incapacitante (World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, mayo 2000). La conducta de este tipo de personas es excéntrica, aberrante, extravagante en sus acciones, de conducta claramente errática; prefieren el aislamiento social y pueden llevar a cabo conductas extrañas para los demás.

Sus “relaciones interpersonales” de los esquizotípicos es de aislamiento, con una mínima vinculación y escasas relaciones, son íntimamente inaccesibles.

Cognitivamente son de estilo rumiador y autístico, en las variedades menos graves y llamativamente perturbado en las formas más graves del trastorno; hay mayor desviación e interferencia cognitiva que en los trastornos leves y frecuentemente son incapaces de orientar su pensamiento de forma lógica.

Afectivamente son deficientes, disarmónicos y por lo tanto incapaces de relacionarse con otras personas; su expresión afectiva es de apatía, insensibilidad y parecen apagados. Por otro lado, presentan un constante estado de agitación y su expresión afectiva varía desde ser aprensivos a insensibles y frenéticos.

La autopercepción es de desamparo y de falta de sentido en la vida y en casos más graves, la introspección los hace verse vacíos, pueden experimentar sentimientos recurrentes de vacío o extrañeza; también pueden presentarse experiencias de despersonalización y disociación.

El mecanismo de defensa empleado por esta personalidad, es el de anulación, donde existe la autopurificación con el cual los individuos intentan arrepentirse de alguna conducta indeseable o algún móvil “maligno”, donde la anulación representa una forma de compensación. En las formas más gravemente patológicas la anulación puede tomar la forma de rituales complejos y extraños o actos “mágicos” diseñados para limpiar o purificar al individuo.

❖ Tipos de Esquizofrenia:

- CATATÓNICO: Estado de estupor, trastorno motor con flexibilidad cérea; también puede existir la excitación catatónica.
- PARANOIDE: Delirios de persecución, de grandeza, de referencia; con frecuencia hay alucinaciones.
- LATENTE: Donde hay síntomas de esquizofrenia, pero sin episodios psicóticos manifiestos.
- HEBEFRÉNICA: Afecto superficial e inapropiado, conducta regresiva, delirio somático.
- RESIDUAL: En la vida del paciente ya hubo un episodio esquizofrénico, de tipo psicótico, pero en el presente están sin síntomas psicóticos llamativos.
- ESQUIZOAFECTIVO: Son los pacientes que presentan los síntomas clásicos de esquizofrenia mezclados con alteraciones afectivas.
- INFANTIL: Los síntomas aparecen en la etapa infantil, antes de la pubertad.
- CRÓNICO INDIFERENCIADO: Además de esquizofrenia, el paciente presenta, por consecuencia, alteraciones en el pensamiento, los afectos, las conductas y no pueden ser clasificados en ninguna de las otras categorías del trastorno.

❖ **Trastorno de la Personalidad Límite (borderline):** Presenta una conducta que va de “difícil” a espontánea y prácticamente caótica en los más graves; estas personas suelen parecer impulsivas, desarrollan crisis inesperadas y espontáneas, lo que las hace impredecibles en su conducta; además presentan un patrón irregular de sueño, llevándolos a alteraciones en el ciclo sueño-vigilia, y suelen mostrarse ansiosos cuando se establece contacto con ellos. En ocasiones los trastornos límite de la personalidad pueden implicarse en actuaciones que comportan riesgo o daño personal, como: accidentes repetidos, peleas, automutilación o actos suicidas. Del mismo modo pueden desarrollar comportamientos excesivos, tales como: comer en demasía, apuestas, derroche de dinero, sexo, etc.

En la conducta interpersonal, se comportan erráticamente, van desde el oposicionismo a comportamientos paradójicos e impredecibles. En general, aunque estos sujetos necesitan atención y afecto, tienden a comportarse impulsivamente y a manipular a los demás, lo que les provoca frecuentemente rechazo en lugar de apoyo que necesitan, la ansiedad por separación, es uno de los motivadores principales en su comportamiento interpersonal. Estos individuos son excesivamente dependientes de los demás y como resultado son especialmente vulnerables a un temor crónico a ser abandonados por sus fuentes de apoyo.

El proceso cognitivo de estas personas muestra un patrón rápidamente cambiante de pensamientos oposicionistas y antiéticos, lo que frecuentemente confunde a los demás, produciendo cierto caos en el proceso cognitivo, cuando el paciente con este trastorno, intenta organizar las percepciones y el feedback de su mundo.

En el ámbito afectivo hay marcada labilidad en el estado de ánimo, es decir, varían desde temperamentales a lábiles o muy volubles con sus comportamientos afectivos. En la percepción de sí mismos, no están seguros de quienes son, ni a donde dirigen su vida, dando como resultado una autopercepción perturbada, confusa, contradictoria y conflictiva. El principal mecanismo de defensa, habitualmente empleado es la regresión, que representa retraerse en situaciones de estrés, a estadios de desarrollo más temprano, donde la vida no era tan compleja ni estresante.

❖ **Trastorno de Personalidad Paranoide:** Los individuos paranoides, tienen una conducta aparente de estar siempre en guardia, movilizados y listos para una emergencia o para cualquier amenaza que puedan percibir, estas personas mantienen un estado permanente de alerta, independientemente de que los peligros reales existan o no. Detestan ser dependientes, no sólo porque esto implica debilidad e inferioridad, sino también, porque no tienen capacidad para fiarse de nadie. En la conducta interpersonal son provocadores, pendencieros, corrosivos y petulantes con los demás, consiguen exasperar e irritar a los otros con sus continuas comprobaciones de lealtad y búsquedas de significados y motivaciones ocultas, por lo que, los paranoides en sus relaciones

interpersonales van de la petulancia y provocación a la aspereza, tienden a ser hipersensibles, por cualquier motivo se sienten agredidos.

Cognitivamente, van desde la incredulidad y la suspicacia, a ser verdaderos conspiradores, son escépticos, cínicos y desconfiados; la desconfianza es la base del mundo paranoide, afecta las percepciones, cogniciones y recuerdos, llevando como principal consecuencia, los delirios.

Su expresión afectiva es de tal manera que va desde lo hosco a lo irascible y lo petulante. En cuanto a la percepción de sí mismos, son incapaces de aceptar sus errores y debilidades, manteniendo su autoestima culpando a los demás de sus deficiencias, consecuentemente se sienten desde formidables a inviolables y amargados.

La proyección es el mecanismo de defensa que utiliza este tipo de personalidad, primero reprime lo indeseable de sí mismo, lo que no acepta para después atribuírselo a otros mediante intenciones hostiles, que supuestamente le dirigen.

C) Neurosis:

El conflicto neurótico tiene como principal característica la presencia de ansiedad, que puede ser francamente manifiesta o encubierta, ambos casos mezclados con otra conducta sintomática. Esta ansiedad es la consecuencia de un conflicto entre el yo y el ello, el primero evita la descarga libidinal del segundo. El conflicto neurótico presenta en cada individuo niveles infinitamente distintos; de acuerdo con investigaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 97% de la población mundial padece algún grado de neurosis.

En comparación con las psicosis, las neurosis comprenden un grado menor de trastorno de la personalidad, ya que mantiene un buen contacto con la realidad, y aunque intenta negar algunos aspectos molestos de aquello que lo rodea, se esfuerza también por adaptarse a las exigencias ambientales.

Causas del Conflicto Neurótico: El factor nocivo básico es la:

- ☞ Falta de auténtico afecto y cariño que el individuo nunca sintió de niño en su intimidad, el ser querido y amado, dado que es la etapa donde se percibe con toda sutileza si el amor es genuino.
- ☞ Las acciones y actitudes de hostilidad, como rechazos injustos, incumplimiento de promesas, falta de atención ocasional o permanente, ridiculizaciones y todo aquello que logre quebrantar la voluntad y estima de la persona.
- ☞ Celos o reacciones celosas tanto en la rivalidad fraterna como en el complejo de Edipo.

CLASIFICACIÓN DE LAS NEUROSIS

- ▶ **Neurosis de Ansiedad:** Es caracterizada por una preocupación ansiosa exagerada llegando al pánico, acompañado a menudo de síntomas somáticos; esta ansiedad puede producirse a cualquier situación y sin fundamento real.
- ▶ **Neurosis Histérica:** Se caracteriza por un trastorno de función psicogénica, es decir, que se dejan modificar por mera sugestión. Dentro de esta clasificación existe la de tipo conversiva, causando síntomas como ceguera, sordera, anestias, parálisis, etc. La de tipo disociativo donde pueden producirse alteraciones en el estado de conciencia o de la identidad del paciente. También en la neurosis histérica puede encontrarse alteraciones motoras.
- ▶ **Neurosis Fóbicas:** Está caracterizada por miedo intenso a un objeto o situación específica, donde el paciente reconoce que no implica peligro real para él (ella), su aprensión se manifiesta en desmayos, fatiga, palpitaciones, transpiración, náusea, temblor e incluso pánico. Estas fobias pueden atribuirse a objetos desplazados, de manera inconsciente al objeto o situación fóbicos.
- ▶ **Neurosis Obsesiva – Compulsiva:** Se caracteriza por la intrusión persistente de pensamientos, impulsos o actos perjudiciales que el paciente no está en condiciones de detener; los pensamientos podrán consistir en palabras o ideas individuales, en cavilaciones u órdenes de ideas que el paciente percibe a menudo como absurdas; los actos varían desde movimientos sencillos a rituales complejos como lavarse las manos reiteradamente. Con frecuencia presentan ansiedad y pesar si al paciente se le impide efectuar su ritual compulsivo o si está preocupado por el temor de no estar en condiciones de controlarse.
- ▶ **Neurosis Depresiva:** Se manifiesta con una reacción excesiva de depresión debida a un conflicto interno o a un acontecimiento identificable como la pérdida de un objeto de afecto o de una posición querida.
- ▶ **Neurosis Neurasténica:** Este tipo de pacientes se quejan de debilidad crónica, cansancio fácil y en ocasiones agotamiento. Las quejas son auténticamente dolorosas y sin la existencia de una ganancia secundaria.
- ▶ **Neurosis de Despersonalización:** Se caracteriza por un sentimiento de irrealidad y de enajenación con respecto al yo, al cuerpo o a los alrededores; esto siempre y cuando no esté asociado a algún otro trastorno o se presente una breve experiencia de despersonalización.
- ▶ **Neurosis Hipocondríaca:** Este trastorno está dominado por la preocupación por el cuerpo y el miedo de enfermedades supuestas de diversos órganos. Es delicadamente sensible a estímulos que a la persona normal le pasarían desapercibidos, exagera las sensaciones normales de fatiga y frecuentemente sospecha que padece una enfermedad incurable.

D) Trastornos Psicofisiológicos:

A pesar de que tanto clínicos como teóricos reconocen la existencia de la unidad inseparable mente – cuerpo, los profesionales tienden a ser realistas en la práctica, debido principalmente a la dificultad para describir factores mentales y corporales simultáneamente, a la insuficiente pericia clínica individual en ambos aspectos de la enfermedad; esto nos lleva a la dificultad en el campo del estudio sobre la incidencia de estos trastornos ya que además los estudios realizados son poco fiables en cuanto a tasas reales.

Existen varias teorías acerca de este tema donde todas coinciden en que los trastornos psicofisiológicos son expresiones simbólicas de un conflicto, con gran frecuencia tienen su origen en la primera infancia pero sin descartar los que se presentan a lo largo de la vida del individuo. Esto sucede porque de niños hay inmadurez en las habilidades cognitivas y verbales y el vocabulario para las expresiones emocionales es limitado llegando a manifestar los afectos mediante síntomas corporales.

A medida que el individuo se desarrolla aprende a través de las reacciones de los padres a “etiquetar, clasificar, explicar y evaluar” los estados afectivos, y tal aprendizaje es aplicado a lo largo de la vida. Esto implica procesos familiares, culturales y lingüísticos.

E) Trastornos de Conversión:

Consiste en convertir el síntoma emocional en un síntoma físico, se dirige a algún órgano en especial, el de choque, ya sea *sensorial, motor o visceral*

TRASTORNOS SENSORIALES	■ Sensibilidad cutánea (tacto, dolor)	Hiperestésias Hiperalgias Anestésias Hipoestésias
	■ Síntomas visuales	Hemianopsias Escotomas Diplopía Macropsia Fotofobia
	■ Síntomas auditivos	Hipoacusia uni o bilateral

TRASTORNOS MOTORES	△ Alteraciones cuantitativas △ Alteraciones cualitativas	Disminución de la movilidad Parálisis espasmódicas o Flacidez Temblores Contracciones Agitaciones Posturas peculiares Tortícolis...etc.
TRASTORNOS VISCERALES	▲ Cualquier aparato	Afonía Tics Vómitos Etc.

F) Trastornos por Somatización y Dolor Somatoforme:

Son dolores abdominales y de cabeza, incluyen una historia múltiple e inexplicable de quejas somáticas o la creencia de estar enfermo. Las enfermedades que los acompañan son, por ejemplo: alteraciones menstruales, embarazo psicológico.

El dolor somatoforme se caracteriza por la presencia de dolor de al menos 6 meses de duración en ausencia de patología orgánica o mecanismo psicofisiológico que lo justifique; el más frecuente en niños es el dolor abdominal, mientras en adolescentes y adultos predomina el dolor de cabeza y miembros.

Las diferencias entre los dos grandes trastornos somatoformes “trastorno de conversión y trastorno por somatización” se basan principalmente en el curso del cuadro y en la sintomatología. Mientras los primeros tienen un curso episódico, con pocos síntomas, los otros tienen un curso crónico, recurrente y aparecen multitud de síntomas. A pesar de estas diferencias pueden darse ambos trastornos en un mismo sujeto.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

CUTÁNEO. Manchas, irritaciones.

MÚSCULO ESQUELÉTICO. Dolores de espalda, de huesos, musculares.

RESPIRATORIAS. Hipo, espasmo bronquial, respiración suspirante, asma e hiperventilación.

CARDIOVASCULAR. Hipertensión, migraña, taquicardia y espasmos vasculares.

REACCIÓN HÉMICA Y LINFÁTICA. Trastornos del sistema sanguíneo y linfático exclusivamente por factores emocionales.

REACCIÓN GASTROINTESTINAL. Úlcera péptica, gastritis crónica, colitis ulcerativa, estreñimiento, hiperacidez y colon irritable.

REACCIÓN GENITOURINARIA. Trastornos menstruales, embarazos psicológicos, impotencia, rigidez, enuresis y trastornos urinarios no asociados a factores orgánicos.

REACCIÓN ENDÓCRINA. Alteración en la actividad de las glándulas no asociadas a factores orgánicos.

REACCIÓN EN ÓRGANOS DE SENTIDO ESPECIAL. Las emociones alteran la función de órganos de sentidos especiales.

DOS CLASIFICACIONES O NOSOLOGÍAS

Es conveniente recordar el uso del **DSM IV** y del **CIE 10**, las dos nosologías que se utilizan en México para dar un diagnóstico formal.

DSM IV

La obra Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM), contiene una clasificación estandarizada de los trastornos mentales que se emplea con amplitud en E.U.A. y está ganando aceptación internacional.

El manual es el producto de una revisión a fondo del estado actual de los datos nosológicos de la psiquiatría y por lo tanto sirve como guía de utilidad para el diagnóstico de los trastornos mentales. No contiene información sobre el tratamiento, la psicodinámica individual o familiar, los aspectos sociales o, salvo en algunos casos específicos, las causas

de los síndromes. La palabra estadístico del título se refiere sólo al sistema de numeración empleado para finalidades de codificación y no está relacionado con datos estadísticos.

El diagnóstico es el proceso de valoración de los patrones de los signos y síntomas y por lo tanto de identificación de trastornos específicos. El modelo diagnóstico implica la existencia de algún problema de gravedad suficiente para requerir intervención profesional. Esto quiere decir que el compendio de diagnóstico psiquiátrico no debe incluir las variaciones normales de los estilos de personalidad, el humor o la ansiedad. Por ejemplo el duelo normal que sigue a la muerte de un amigo íntimo o de un miembro de la familia no es una entidad en el DSM, ni un acto antisocial.

Hasta que se publicó el DSM, la falta de un inventario explícito de trastornos mentales con criterios diagnósticos especificados era un impedimento para la investigación en este campo. Lo que quiere decir que como no había criterios similares para diagnosticar un trastorno, es muy probable que la información estadística no es tan válida ya que se podría estar nombrando con el mismo término a una serie de trastornos y sin embargo no estar hablando del mismo trastorno. Esta condición entorpecía las investigaciones de los trastornos mentales.

Características del DSM.- Este está compuesto por capítulos que:

- ◆ Se relaciona con organización de la clasificación en clases de diagnósticos mayores y menores.
- ◆ Nos enseña cómo utilizar los criterios diagnósticos como guía para establecerlos.
- ◆ Contiene el texto y los criterios para todas las categorías diagnósticas.

El DSM se compone de criterios diagnósticos específicos que son de:

- ◆ **DE INCLUSIÓN:** Se refiere a los signos, síntomas que deben encontrarse antes de poder hacer el diagnóstico.
- ◆ **DE EXCLUSIÓN:** Son los indicadores que eliminan al individuo de la categoría diagnóstica.

El DSM realiza una **EVALUACIÓN MULTIAXIAL**, porque son cinco ejes diagnósticos por lo que se hace diagnósticos múltiples.

Los ejes I y II contienen todos los trastornos mentales que aparecen en DSM, pero el eje II contiene sólo los trastornos específicos del desarrollo y los trastornos de personalidad. Los rasgos de personalidad, que no se codifican oficialmente, se registran en el eje II cuando el paciente satisface los criterios de trastornos de la personalidad. Todas las clasificaciones diagnósticas en las que el paciente satisface los criterios pueden incluirse en estos dos ejes.

El eje III se define, de manera operacional, como capaz de incluir todos los diagnósticos que se encuentran en el ICD no señalados en su sección de trastornos mentales. Por el estado actual de los conocimientos es mejor excederse en la inclusión en el eje III, puesto que la mayor parte de las alteraciones físicas tienden a producir cierto efecto sobre el funcionamiento mental. Algunas alteraciones situadas en el eje III podrían tener una relación directa con las del eje I. Por ejemplo, la insuficiencia hepática sobre el eje III, que da por resultado delirio, sobre el eje I.

Otros diagnósticos del eje III por ejemplo, diabetes sacarina o enfermedad de Cushing, podrían tener una relación menos manifiesta o aceptada con los diagnósticos del eje I (por ejemplo trastornos de ansiedad generalizada o crisis depresivas mayores).

Los ejes IV y V tienen aplicación en ambientes clínicos o de investigación especiales. Los números de códigos para ambos ejes, es decir la puntuación, deben basarse en la valoración del clínico, del estrés que experimentará una persona promedio en circunstancias semejantes y con valores socioculturales similares.

En general, los agentes productores de estrés deben haber actuado durante el año anterior, sin embargo pueden tener todavía, importancia y por lo tanto se debe considerar la anticipación de un agente futuro productor de estrés o la repetición de un acontecimiento productor del mismo que ocurrió aproximadamente un año antes. En el diagnóstico formal de DSM deben incluirse de hecho los agentes psicosociales principales productores de estrés.

El eje V, nivel más elevado de funcionamiento adaptativo durante el último año, debe valorar el periodo de mejor funcionamiento que duró por los menos unos cuantos meses. En esta valoración deben tomarse en cuenta relaciones sociales, funcionamiento ocupacional y empleo del tiempo de descanso. Este periodo óptimo puede haber sido causado en realidad por el tratamiento óptimo durante esta época.

Los ejes IV y V pueden tener implicaciones pronosticas importantes. En general, cuanto más específico es el agente productor de estrés más elevado el nivel reciente de funcionamiento, mejor el pronóstico.

EJE I.- Síndromes clínicos, estados no atribuibles a trastornos mentales que merecen atención o tratamiento y código adicional.

EJE II.- Trastornos de la personalidad y trastornos específicos del desarrollo.

EJE III.- Estados y trastornos somáticos.

EJE IV.- Intensidad de estrés psicosocial: proporciona un código para evaluar la intensidad total del estrés, que se considera responsable del desarrollo, pueden usarse los siguientes códigos y términos:

CÓDIGO	TÉRMINO
1	NINGUNO
2	MÍNIMO
3	LEVE
4	MODERADO
5	INTENSO
6	EXTREMO
7	CATASTRÓFICO
0	NOESPECIFICADO (falta información)

EJE V.- Máximo nivel de adaptación. En el transcurso del último año. Permite al clínico hacer constar su juicio sobre el máximo nivel de adaptación en el transcurso del último año: **Niveles:**

- 1.- SUPERIOR. Funcionamiento inusualmente eficaz en las relaciones sociales, la vida laboral y el empleo del tiempo libre.
- 2.- MUY BUENO. Funcionamiento superior al promedio en las relaciones sociales, vida laboral y empleo del tiempo libre.
- 3.- BUENO. No más de un leve deterioro tanto en el funcionamiento social como laboral.
- 4.- MEDIO. Deterioro moderado en las relaciones sociales o en la vida laboral o ligero deterioro en ambas.
- 5.- MEDIOCRE. Notable deterioro en las relaciones sociales o de la vida laboral o moderado deterioro en ambas.
- 6.- MUY MEDIOCRE. Notable deterioro, tanto en las relaciones sociales como en la vida laboral.
- 7.- ALTERACIONES MUY IMPORTANTES. Serio deterioro en prácticamente todas las áreas.
- 0.- SIN ESPECIFICAR. No hay información.

Diagnóstico Principal.- Cuando a un sujeto se le asigna más de un diagnóstico, el diagnóstico principal es aquel que refleja el estado que dio lugar a la evaluación clínica o a la admisión hospitalaria.

Diagnóstico Provisional.- En algunos casos no existe suficiente información para establecer un diagnóstico firme. El clínico puede querer dejar constancia de sus dudas diagnósticas, añadiendo el término "provisional", a continuación del diagnóstico.

Descripciones Completas y Sistemáticas de las Clases Diagnósticas.- La descripción de cada trastorno del DSM contiene toda la información disponible en cada una de las áreas señaladas.

ÁREAS DESCRIPTIVAS PARA CADA TRASTORNO:

Aspectos esenciales; se requieren en general para el diagnóstico.

Aspectos acompañantes; se observan a menudo pero no siempre en el trastorno.

Edad de iniciación; desde cuando presenta el trastorno.

Evolución; cómo ha sido el curso de la enfermedad.

Alteración; social y ocupacional.

Complicaciones; por ejemplo, otras enfermedades.

Factores predisponentes; individuales, no sociales o ambientales.

Prevalencia; proporción de individuos que tienen el trastorno durante un periodo específico (por ejemplo prevalencia de toda la vida).

- proporción de sexos
- información del patrón familiar

Diagnóstico Diferencial:

Este formato estandarizado de presentación facilita el empleo del manual y pone de relieve las áreas en que son abundantes o escasos los conocimientos sobre cada trastorno. La sección de diagnóstico diferencial para cada trastorno tiene utilidad particular para los clínicos y los estudiantes.

Aplicación:

- ⇒ Comunicación clara entre los profesionales.
- ⇒ Unificación de criterios diagnósticos.
- ⇒ Facilita la toma de decisiones clínicas y la investigación.
- ⇒ El diagnóstico preciso es la primera etapa esencial para predecir la evolución y los resultados de una enfermedad mental, planear su tratamiento e idear estrategias para prevenirlas.
- ⇒ Aunque el DSM facilita el diagnóstico, no ayuda con el proceso de la formulación psicosocial.

CIE 10

Respecto al CIE 10. Un gran número de personas y organizaciones han contribuido a la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, así como en la redacción de sus textos complementarios. Entre estos se encuentra el Dr. A. Jablensky, funcionario de la División de Salud Mental de la OMS en Ginebra, el Dr. J. Burke; J.E. Cooper y J. Mezzich; la Administración de Alcohol, abuso de Drogas y Salud Mental de EE.UU. (ADAMHA); La

Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y el DSM –IV; el Comité Asesor de la OMS. La Asociación Mundial de Psiquiatría y la Federación Mundial de Neurología; la Asociación Internacional de Sociedades Psicológicas entre otras.

La CIE –10 en conjunto, ha sido diseñada para ser la clasificación nuclear de cada uno de las familias de enfermedades y de circunstancias relacionadas con la sanidad.

Asimismo, está diseñada para la clínica general, la docencia y para fines administrativos. La CIE – 10 sirve como punto de referencia para la compatibilidad con otras clasificaciones.

En la CIE – 10 cada trastorno se acompaña de la descripción de sus principales características clínicas así como de sus características secundarias que aunque son menos específicas, no dejan de ser relevantes.

En la mayoría de los casos indican el número y los síntomas específicos que suelen requerir para un diagnóstico fiable; cuando se cumplen los requisitos del diagnóstico éste puede formularse como seguro.

En la CIE – 10 se abordan:

1.- Trastornos Mentales Orgánicos, incluidos los sintomáticos, tales como:

- * Demencia en la enfermedad de Alzheimer
- * Demencia vascular
- * Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas
- * Trastornos de la personalidad y del comportamiento, debidos a enfermedad y lesión o disfunción cerebral entre otros.

2.- Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastornos de Ideas Delirantes, entre los que se encuentran:

- Esquizofrenia
- Trastornos esquizotípicos
- Trastornos de ideas delirantes persistentes
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos

3.- Trastornos del Humor (afectivos):

- Episodios depresivos
- Episodios maníacos
- Trastorno depresivo recurrente

4.- Trastornos Neuróticos Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos:

- Trastornos de ansiedad fóbica
- Trastornos obsesivo – compulsivo
- Reacción de estrés grave y trastornos de adaptación
- Trastornos somatomorfos

5.- Trastornos del Comportamiento Asociados a Disfunciones Fisiológicas y a Factores Somáticos:

- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos no orgánicos del sueño
- Disfunción sexual no orgánica
- Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificado en otro apartado

6.- Trastornos de la Personalidad y del Comportamiento del Adulto:

- ▶▶ Trastornos específicos de la personalidad, como son:
 - Trastornos paranoides de la personalidad
 - Trastornos esquizoides de la personalidad
 - Trastorno ansioso
- ▶▶ Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad
- ▶▶ Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos
- ▶▶ Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad mental

7.- Retraso Mental:

- ☞ Leve
- ☞ Moderado
- ☞ Grave

8.- Trastornos del Desarrollo Psicológico:

- ☞ Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje
- ☞ Trastorno específico del desarrollo psicomotor

9.- Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia:

- ▶ Trastornos hiperkinéticos
- ▶ Trastornos disociales

- ▶ Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia
- ▶ Trastornos de tics

10.- Trastorno Mental sin Especificación:

La CIE –10 tiene un sistema de codificación alfanumérico de códigos de una letra seguida de dos números, que completan el nivel de 3 caracteres (**A00 – Z99**). Así se ha aumentado considerablemente el número de categorías disponibles para la clasificación. Además un nivel de 4 caracteres permite subdivisiones numéricas decimales con mayor detalle.

Cada uno de los trastornos de esta clasificación (CIE-10) se agrupa en series por tener en común una etiología demostrable.

El clínico deberá utilizar su propio criterio sobre la conveniencia de escoger un diagnóstico, aunque la duración de un síntoma “x” sea ligeramente mayor o menor de lo requerido. Sin embargo en muchos trastornos los síntomas son similares a otros trastornos clasificados en otras secciones, por ejemplo en los trastornos mentales orgánicos (Demencia sin especificación F03), “si estuvieran presentes síntomas depresivos que no llegaran a satisfacer las pautas diagnósticas del episodio depresivo (F32.0 – F32.3) o si se presentaran alucinaciones o ideas delirantes, puede recurrirse a un 5º carácter para indicar cuáles de ellos son predominantes” (CIE-10, pp 67):

.X0 sin síntomas adicionales → F03.X0 (demencia sin especificación sin síntomas adicionales)

.X1 con predominio de ideas delirantes → F03.X1

.X2 con predominio de alucinaciones → F03.X2

.X3 con predominio de síntomas depresivos → F03.X3

.X4 con otros síntomas mixtos → F03.X4

Concluyendo: Los dígitos o caracteres a la izquierda del punto indican el diagnóstico al que pertenece el cuadro clínico principal del paciente y los caracteres que se encuentran a la derecha del punto especifican el cuadro clínico concreto, es decir el conjunto de síntomas que no cubren los criterios diagnósticos para ser clasificados en ese apartado.

Parece que ya tenemos la información suficiente como para intentar reflexionar sobre la lectura.

REFLEXIÓN DE LA LECTURA

Sugerencia: Escribe tus respuestas para que puedas reflexionarlas y de esta manera reafirmes tu conocimiento.

➔ ¿Cuál es el objetivo de un informe psicológico?

.....

➔ ¿Cuáles son los puntos principales que debe abarcar el informe psicológico?

.....

➔ ¿Cuál es el procedimiento para realizar un reporte psicológico?

.....

➔ ¿Con base a qué se determina la batería de pruebas psicológicas para llevar a cabo una evaluación de la personalidad?

.....

➔ ¿Qué diferencia hay entre el C.I. cuantitativo y el C.I. cualitativo?

.....

➔ ¿Cómo se observa el insight a través de la prueba del TAT?

.....

➔ ¿Qué indicadores arroja el test de psicodiagnóstico de Rorschach respecto a las relaciones interpersonales?

.....

➔ Después de la lectura, se espera que ya te hayas formado una opinión por lo que ¿Cuál sería un buen sinónimo de reporte psicológico?

.....

➔ ¿Qué determinantes se esperan, en el Rorschach, en una persona con buen autoconcepto?

.....

➔ ¿Qué características tienen las historias del TAT cuando el examinado manifiesta falta de control de impulsos?

.....

➔ ¿Cómo se debe redactar el informe psicológico?

.....

CONCLUSIONES

La presente obra abarca todos los elementos necesarios para que el futuro psicólogo integre y organice los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, de tal manera, que se estará capacitando para realizar adecuadamente la tarea final, pero no la única que se le exige en su formación y que consiste en la elaboración de un reporte psicológico.

Cabe aclarar que el presente Manual, no es una panacea, ya que el reporte psicológico se va modificando según las necesidades, es decir, se pueden eliminar rubros, porque el examinado no puede ser evaluado en ese aspecto, o se pueden evaluar áreas específicas, porque quién solicita el reporte requiere específicamente dicha información.

Sin embargo, el contenido de esta obra apoya lo suficiente, como para que el estudiante del último semestre de psicología, aclare, lleve a cabo una abstracción de información, la organice, integre y esté en posición de describir la personalidad estudiada en sus diferentes aspectos.

La lectura del manual tiene la ventaja que favorece el recordatorio del contenido de otros programas, conocimientos necesarios para elaborar un buen reporte, como son aspectos de psicopatología, indicadores de los instrumentos psicológicos y técnicas, cómo decidir el pronóstico, tratamiento, etc.

El apartado de las reflexiones de la lectura, permiten que el lector (a) organice y reafirme de una manera apropiada, al final del noveno semestre, la forma de cómo realizar su quehacer clínico esencial, el cual consiste en la descripción de la personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- DÍAZ, I. (1989). TÉCNICA DE LA ENTREVISTA PSICODINÁMICA. MÉXICO. PAX
- FERNÁNDEZ, M.; SÁNCHEZ, R.; RUBINSTEIN, E. (1980). MANUAL OPERATIVO PARA LA INVESTIGACIÓN GRUPAL E INDIVIDUAL. MÉXICO. DIANA.
- GREGORY, R. (2001). EVALUACIÓN PSICOLÓGICA: HISTORIA, PRINCIPIOS Y APLICACIONES. MÉXICO. MANUAL MODERNO.
- HAMMER, E. (1992). TESTS PROYECTIVOS GRÁFICOS. BARCELONA. PAIDÓS
- NÚÑEZ, R. (1985). INTEGRACIÓN DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS. MÉXICO. MANUAL MODERNO.
- PUSSIN, G. (1995). LA ENTREVISTA CLÍNICA. MÉXICO. LIMUSA
- RIVERA, O; ESQUIVEL, F.; LUCIO, E. (1987). INTEGRACIÓN DE ESTUDIOS PSICOLÓGICOS. MÉXICO. DIANA.
- SATTLER, J. (1988). EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA INFANTIL Y HABILIDADES ESPECIALES. MÉXICO. MANUAL MODERNO.
- VARIOS, (1995). MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (DSM - IV). MÉXICO. MASSON
- VARIOS, (1992). TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES (CIE - 10). MADRID. MEDITOR.



La primera edición, primera impresión de este material se llevó a cabo en el Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM, en noviembre de 2011.

