

Universidad del Azuay
Facultad de Filosofía, Letras y CC. de la
Educación
Escuela de Psicología Clínica

PSICOEDUCACIÓN A FAMILIAS DE
PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS MEDIANTE
UN ENFOQUE SISTÉMICO FAMILIAR
Estudio realizado en el centro CREIAD de
la ciudad de Cuenca.

Tesis previa a la obtención del título de
Psicóloga Clínica

Autoras: Verónica Freire Palacios.
Lcda. María Lorena Chérrez Ch.

Director: Mst. Alberto Astudillo Pesantez.
Co-director: Dr. Patricio Cabrera Orellana.

Cuenca - Ecuador
2006

Dedicatoria

Dedico estas líneas a Paco y Patricia, mis padres, quienes han sido la principal inspiración de mi vida, sé que sin ellos no habría podido lograr todo lo que soy ahora.

Los amo mucho...

María Lorena Chérrez Chérrez.

Con todo cariño para mi familia y en especial para mis pacientes que me inspiran cada día para ser una mejor profesional...

Verónica Adriana Freire Palacios.

Agradecimiento

Agradezco, en primer lugar a Dios por haber sido tan generoso conmigo, hay personas que nunca disfrutaron la dicha de tener un libro.

A mis profesores, quienes han tendido su mano para impartirme sus conocimientos de una manera desinteresada.

A Esteban, por estar acompañándome siempre en este camino.

A Vero, mi compañera de lucha y amiga, por compartir conmigo todos los sueños e ilusiones.

Gracias a todos...en verdad, gracias.

Lore

Agradezco a la Fundación “Marcelo Limaico”, que nos facilitó el trabajo investigativo con los pacientes esquizofrénicos y sus familias, también quiero hacer extensivo este agradecimiento al Dr. Patricio Cabrera y al Mst. Alberto Astudillo quienes fueron los tutores de esta investigación y por toda su colaboración para los estudios de cada caso.

Vero

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1: ESQUIZOFRENIA-INTRODUCCIÓN	10
1.1 Historia	10
1.2 Compendio de definiciones según varios autores	18
1.2.1 Definiciones	18
1.2.2 Historia Conceptual	19
1.2.3 Definción precisa de Esquizofrenia	20
1.3 Epidemiología	23
1.3.1 Prevalencia, incidencia y riesgo de morbilidad	24
1.4 Factores etiológicos	26
1.4.1 Factores genéticos	27
1.4.2 Factores bioquímicos	28
1.4.3 Factores psicofisiológicos	30
1.4.4 Factores psicosociales	31
CAPÍTULO 2: ESTUDIOS PSICONEUROLÓGICOS RELATIVOS A LOS ESQUIZOFRÉNICOS	33
2.1 Generalidades	33
2.2 Déficit intelectual	38
2.3 Genéticos	43
2.4 Biológico-Neurológico	45
2.4.1 Hallazgos de laboratorio	45
2.4.2 Alteraciones de la vías neuronales	46
2.4.3 Hallazgos de la exploración física...	48
CAPÍTULO 3: PAUTAS DIAGNÓSTICO PARA LA ESQUIZOFRENIA	50
3.1 Criterios de diagnóstico de la Esquizofrenia	50
3.1.1 Manifestaciones clínicas	52
3.2. Sintomatología positiva	53
3.2.1 Trastornos perceptivos	54
3.2.2 Trastornos ideativos	55
3.2.3 Experiencia de pasividad	58
3.2.4 Trastornos ideo-verbales	59
3.3 Sintomatología negativa	60
3.3.1 Trastornos de lenguaje y pensamiento	61
3.3.2 Trastornos de la actividad	61
3.3.3 Trastornos afectivos	62
3.3.4 Trastornos de sociabilidad	63

3.4 El concepto del sistema básico	63
3.5 Subtipos clínicos	65
3.6 Diagnóstico diferencial	71
3.7 Tratamiento farmacológico	76
3.7.1 Fase aguda	76
3.7.2 Fase de sostenimiento	79

CAPÍTULO 4: CENTRO DE RECUPERACIÓN E INTERNAMIENTO PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN (CREIAD)

4.1 Reseña histórica	82
4.2 Objetivos del centro	85
4.3 Visión	85
4.4 Misión	85
4.5 Realidad del centro	86

CAPÍTULO 5: PSICOEDUCACIÓN A FAMILIAS DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

5.1 Teoría de la comunicación...	89
5.2 Familia del Esquizofrénico...	91
5.2.1 Familia del Esquizofrénico	91
5.3 Psicoeducación	94
5.4 Intervención terapéutica a familias...	98
5.4.1 Casos clínicos	99
5.5 Primera conversación (primera entrevista)	161
5.6 Segunda conversación familiar (psicoeducación)	163
5.6.1 Desarrollo del modelo psicoeducativo...	165
5.6.2 Plan para la familia	166
5.7 Tercera conversación familiar	170

CONCLUSIONES

Glosario	176
Bibliografía	184
Anexos	185

Resumen

La presente tesis, tiene como objetivo principal, dar a conocer el trabajo de “Psicoeducación”, que se realizó a familias de pacientes esquizofrénicos, mediante un enfoque sistémico familiar, en el centro “CREIAD” ; la misma que está conformada por cinco capítulos, los cuales abarcan el tema de la Esquizofrenia de una manera global y analítica con el fin de conocer su manifestación , curso y pronóstico de la enfermedad.

Es importante mencionar que para tener un concepto preciso y bien estructurado de la esquizofrenia, se debe investigar como fue su evolución a través de la historia, los principales investigadores de la misma como Bleuler, Morel, Freud, etc., se menciona en el capítulo I, además no se puede descartar la importancia de los hallazgos científicos que se mencionan en el capítulo II con estudios neurológicos, psicológicos, biológicos con respecto a la esquizofrenia dando así pautas diagnósticas y lo más importante criterios de diagnóstico para así establecer tratamientos adecuados en el paciente esquizofrénico como se menciona en el capítulo III.

El aporte fundamental de este trabajo es de educar al paciente y sobre todo a su familia a través de una “psicoeducación” para así evitar el número de recaídas clínicas y nuevas hospitalizaciones obteniendo así un mejor nivel de vida de los pacientes como de sus familias.

Tanto en el capítulo IV y V se escribe el trabajo psicoeducativo con la población y tiempo empleado para cumplir con uno de los objetivos principales que es disminuir los niveles de ansiedad en la familia ya que con la Psicoeducación tanto la familia como el paciente alcanza mayor adherencia al tratamiento y por lo tanto disminuye las recaídas del paciente y mejora la calidad de vida de todos los miembros de la familia.

Abstract

The present thesis, has like primary target, to present the work "Psicoeducation", that I am made families of schizophrenic patients, by means of a familiar systemic approach, in centre "CREIAD"; same that this conformed by five chapters, which include the subject of the Schizophrenia of a global and analytical way with the purpose of knowing their manifestation, course and prognosis of the disease.

It is important to mention that to have a well structured precise concept and of the schizophrenia, one is due to investigate as were its evolution through history, the main investigators of the same one like Bleuler, Morel, Freud, etc., is mentioned in chapter I, in addition is not possible to be discarded the importance of the scientific findings that are mentioned in chapter II with neurological, psychological, biological studies with respect to the schizophrenia having given diagnostics guidelines and but important the criteria of diagnosis thus to establish treatments adapted in the schizophrenic patient as it is mentioned in chapter III.

The fundamental contribution of this work is to educate to the patient and mainly to its family through a "psicoeducation" thus to avoid the number of clinical relapses and new hospitalizations obtaining therefore a better standard of life of the patients like of its families.

As much in chapter IV and V it is written the Psicoeducative work with the population and used time to fulfil one of the primary targets that are to diminish the levels of anxiety in the family since with the Psicoeducation as much the family as the patient reaches greater adhesion to the treatment and therefore she diminishes the relapses of the patient and improves the quality of life of all the members of the family.

INTRODUCCIÓN

Por ser la “Esquizofrenia”, un trastorno mental que afecta no solo al individuo, sino también a todos quienes rodean al enfermo, hemos visto la necesidad de tratar este tema desde un enfoque sistémico familiar, que ayude a comprender que esta enfermedad es tratable y que por lo tanto, con una buena y clara psicoeducación se puede otorgar una vida estable y digna, tanto al paciente como a su familia.

El enfoque “sistémico familiar”, trata del involucrar a la familia con la situación que vive el paciente, para que de esta manera no sea solo un problema aislado del individuo; sino que de cierta manera se de esa participación de apoyo y ayuda para todos.

Este tema de psicoeducación a familias de pacientes esquizofrénicos, desde el punto de vista psicológico, es muy enriquecedor para quienes lo pueden tratar, ya que se llega a distinguir como se desarrolla la enfermedad en el paciente, además la interacción del sistema familiar, las alianzas que se dan, y la capacidad de afrontamiento que tiene cada miembro de la familia.

Se vio necesario realizar este estudio, a pacientes esquizofrénicos y su interacción con la familia, ya que hoy en día, lastimosamente, se toma a esta enfermedad como un mal sin remedio y sin tratamiento para quien la sufre y además de esto; al enfermo que la padece, se lo ve como un ser no productivo, aislándolo totalmente del contexto social.

Este trabajo es un reflejo de cómo, mediante evaluaciones psicológicas tanto a la familia, como al paciente, se puede medir

su grado de estrés o desesperanza frente a la Esquizofrenia y que además conociendo la situación de la familia y del enfermo, se pueden aplicar talleres de psicoeducación y técnicas de relajación, que disminuyan los niveles de desconocimiento y ansiedad que tienen frente a esta enfermedad; para de esta manera mejorar la calidad de vida.

CAPITULO I

ESQUIZOFRENIA INTRODUCCIÓN

Varios autores como Kraepelin, Bleuler, Hecker, utilizaron varias demostraciones como demencia precoz Hebefrenia, Catatonia, etc.

Bleuler ya en 1911 propone el término Esquizofrenia centrándose en su estudio entre lo normal y lo anormal, para Bleuler el síntoma específico es la alteración de los procesos del pensamiento por lo tanto existe una desconexión, una ruptura de la asociación de ideas.

En 1923 Freud, escribe “EL YO Y EL ELLO” donde describe e la Psicosis como un conflicto entre el Yo y su ambiente, en este capítulo, se presenta una visión global de la evolución de la esquizofrenia hasta los últimos años donde la OMS se encuentra realizando un estudio piloto internacional de la esquizofrenia.

1.1 HISTORIA

Innumerables autores que, antes del siglo XVII DC, han realizado en sus escritos, describen a la enfermedad de diferentes maneras como, Thomas Willis quien se refiere, a “los jóvenes de espíritu vivo, despierto y aún brillante en la infancia, que caen al llegar a la adolescencia en la obtusión y la torpeza”.

Ya en 1801, Philippe Pinel¹ : en su “Tratado sobre la Manía” (Traité Medico-philosophique), usa igual clasificación, pero en el

¹ Ackernecht, Edwin, H: Breve Historia de la Psiquiatría, Buenos aires, EUDEBA, 1962, pág. 30 a 52.

capítulo sobre melancolía dice: “nada más inexplicable y sin embargo nada más comprobado que las dos formas opuestas que pueden tomar las melancolías. Es a veces un orgullo excesivo y la idea quimérica de poseer riquezas inmensas o un poder sin límites, en otras el abatimiento más pusilámine, una consternación profunda hasta la desesperación”.

En 1857, Benedict Augustin Morel² , es conocido por su teoría de la Degeneración, al publicar el “Traité des degenerescences”, en París. De 1851 a 1853, en sus “Estudios Clínicos”, Tomo II, páginas 287 a 303, había señalado “las sucesivas etapas de una curiosa decadencia mental de la segunda edad, desde que sobrevénia el acceso agudo con sus engañosas apariencias de benignidad, hasta la fase terminal de disolución psíquica, pasando por las etapas intermedias de embotamiento y agitación”. Benedict Augustin Morel³ , en 1860, publica el “Traité des Maladies Mentales” usa el término Demente Précoce, que también fue utilizado por primera vez por un siquiatra belga, en el caso de un niño que hasta entonces había sido “el primero en sus exámenes sin esforzarse, y casi sin estudiar... Inconscientemente perdió su alegría y se volvió serio, taciturno y contundencia a la soledad”. “...El muchacho en un estado de depresión melancólica y odio a su padre, incluso al grado de querer matarlo. El joven progresivamente olvidó todo lo que había aprendido, y sus brillantes dotes intelectuales entraron en un período de estacionamiento muy penoso. Una especie de inactividad lindado con la estupidez reemplazó toda su actividad previa, de modo que cuando lo volví a ver parecía como si estuviera operando la transmisión hacia un estado irrecuperable de démence précoce...”.

Morel, agrupó con el nombre de demencia precoz a muchos de

² Benedict Augustin Morel: Esquizofrenia, Barcelona, HERDER, 1962, Tomo 2, pag.15 a 24, 61 a 71, 78 a 86.

³ Idem, Tomo 2, pags. 287 a 303.

los casos que figuraban en los cuadros de la demencia aguda, el idiotismo accidental o adquirido y el estupor, considerándolos estados terminales de la degeneración hereditaria.

Kahlbaum y Hecker consideraban la hebefrenia como una forma del estado constitucional genérico que ellos llamaban parafrenia. El paciente venía al mundo preparado para caer enfermo en cierto modo a plazo fijo; si esto había de sucederle al nacer o durante la primera infancia, la afección era denominada noefrenia; si en la pubertad, parafrenia hebética o hebefrenia; si en la vejez parafrenia senil o presbiofrenia.

Por 1874 Kahlbaum⁴ llamó la atención sobre un proceso de evolución cíclica, traducido sucesivamente por síntomas semejantes a los de la melancolía, la manía, el estupor, la confusión mental y finalmente pero no de un modo constante, la demencia. Considerando la base principal de este proceso era la sintomatología física traducida por trastornos motores o rigidez muscular, le asignó el nombre de catotonía.

En 1883, Emil Kraepelin⁵, en la 1ra Edición de su Tratado, con su empirismo clínico, seleccionó historias hospitalarias, que fueron sometidas a una rigurosa revisión resultando en el aislamiento de síntomas significantes. Estos fueron examinados en relación al inicio, el curso y la terminación de la enfermedad.

De este modo pudo construir formas específicas de enfermedades mentales y unir las en grandes grupos, que eran llamados entidades.

Además en 1887, Kraepelin, en su 2da. Edición, divide las enfermedades mentales en: causadas por condiciones externas, y

⁴ Bellak, L. Esquizofrenia, Barcelona, Editorial Herder, 1962, págs. 15 a 24, 61 a 71, 78 a 86, 133

⁵ Ey, H. Tratado de psiquiatría, 8ª. Edición, Barcelona, Toro y Masson, 1978, pág. 458 a 462, 472 a 474, 500 a 530

causadas por factores constitucionales innatos que son incurables, primera indicación del principio del pronóstico como base del diagnóstico de las enfermedades mentales, hay elemento de fatalismo en esta actitud, fatalismo de astrónomo, físico y químico, que toman los elementos o los fenómenos naturales de defensa”. Las ideas insufribles pueden originar Psicosis Alucinatorias; el ego rechaza la idea insufrible, pero el intento de rechazo no tiene éxito.

Sigmund Freud, en 1894, escribe “Neuropsicosis de defensa”. Acotando que las ideas insufribles pueden originar psicosis alucinatorias; el “ego” rechaza la idea, pero el intento de rechazo no tiene éxito, la idea vuelve en forma de realización alucinatoria del deseo.

En 1896, Freud escribe “Nuevas aportaciones a las Neuropsicosis de Defensa” donde escribe por primera vez la protección.

Para Emil Kraepelin, 1896, en su 5ta. Edición, citó la definición de Dementia Praecox: “EL desarrollo de un debilitamiento mental, simple, más o menos severo, que aparece como una enfermedad mental, aguda o sub-aguda. Agrega la Esquizofasia, locura o confusión lingüística.

En 1907, Carl Gustav Jung escribe “La Psicología de la Dementia Praecox”. Habla de Complejo autónomo, serie de ideas que era disociada, apartada de la conciencia, y esto era determinado dinámicamente. Es el desorden emocional el que produce un metabolismo anormal que causa daños físicos al cerebro.

Nuevamente Freud, en 1910, publica “El caso Schreber”. El rechazo de un deseo homosexual fue la causa del complejo de persecución.

Ya en 1911, Eugen Bleuler⁶ , propone el término Esquizofrenia. Eugen Bleuler en el Manual de Psiquiatría de Aschaffenburg, apareció “Demencia Praecox o el grupo de Esquizofrenia”. El libro, fue basado en amplios reportes, seleccionados durante la dirección de Bleuler del Hospital cantonal de Rheinau (1886-1898), y fue inspirado en el Psicoanálisis Freudiano.

El impulso afectivo que impele a Bleuler a su arduo trabajo fue buscar un mejor conocimiento del episodio agudo, que finaliza en curso crónico, primaria o secundariamente.

Para Bleuler el síntoma específico es la alteración de los procesos del pensamiento, que pierden la conexión asociativa; hay entonces un split (disociación), una disyunción, una desconexión, una ruptura de la asociación de ideas.

La disociación (spaltung) es ahora el síntoma típico y dicta el nombre de la enfermedad, formado de dos palabras de raíz griega: Schizo-Phrenia. La contribución de Bleuler incluye también la separación de síntomas y signos en dos clases: a. Básicos, esenciales y b. Accesorios.

Los primeros son peculiares de la esquizofrenia y los accesorios pueden ser hallados en otras enfermedades. Bleuler también subrayó una peculiaridad del psiquismo presente en la Esquizofrenia, resultado de la dominancia de la vida interna por un estrés patológico; esta condición fue llamada autismo. Esto no es ciertamente una elevación de lo imaginario.

Esto es un desenfrenado (ilimitado) pensar no relacionado con la realidad, fuera de relación (parentesco) con el mundo externo, casi un “sueño despierto”. Desórdenes de la sensación, ilusión, alucinación e ideas delusivas, son referidos, por Bleuler, como síntomas secundarios.

Hay un punto capital, que es el que Bleuler se interesó en establecer un centro de su doctrina, investigó el límite entre

⁶ Bleuler, E, “Demencia Praecox” , Buenos Aires, Editorial Paidós, págs:156-172.

Esquizofrenia y normalidad (aparente), y arribó el concepto de Esquizofrenia Latente. En estas palabras “la enfermedad parece aguardar un largo tiempo sin síntomas”.

Bleuler acepta la psicogénesis de los síntomas secundarios. El contenido de las alucinaciones y las delusiones tienen su origen en la vida afectiva.

Bleuler explica que el inicio de la psicosis entre los 15-25 años, es debido al estrés sexual ocurrido a esa edad. Él dijo que la exacerbación de los complejos, pueden iniciar o agravar episodios, pero así también que las influencias psicológicas pueden ayudar a la remisión clínica: Bleuler se inclinó a aceptar la incurabilidad esquizofrénica.

Por 1913, Kraepelin⁷, en la 8va edición, por consiguiente dos años después que la monografía de Bleuler, halla una nueva definición de Demencia Precoz: “consiste en un grupo de estados clínicos, caracterizados globalmente por un peculiar desorden (trastorno, enajenación mental) de la estructura psíquica interna de la personalidad, resultado de una predominante alteración de la vida afectiva y la voluntad”.

Kraepelin consideraba la demencia precoz como enfermedad orgánica, originada en disturbios metabólicos que comúnmente comenzaban durante la juventud, perturbando el desarrollo psíquico, que es debilitado, y esta patología se expresará en la vida afectiva y evolutiva. Estos son hechos y no suposiciones.

En 1914, Freud⁸, publica “Introducción al narcisismo”, donde se refiere a la megalomanía, la libido se dirige al Yo, se retira el interés por el mundo exterior, la carga afectiva de objetos

⁷ Ey, H. “Tratado de psiquiatría, 8°. Edición, Barcelona, Toro y Masson, 1978, pág. 458 a 462 , 472 a 474, 500 a 530

⁸ Freud, “El yo y el ello”. Editorial ALIANZA, Edición, España 1923.

exteriores se deposita en el paciente mismo que se convierte en megalómano.

La libido retirada hace perder la función normal de apreciar la realidad.

Para, 1916, la personalidad científica de Bleuler fue realizada por la publicación de su “Handbook of Psychiatry”, la Esquizofrenia fue exaltada y en su rango extendida desde las formas latentes hasta las delusiones crónicas.

En 1920, Eme Kraepelin⁹, “Die Erscheinungsformen des Irreseins”, afirma que existirían dispositivos preformados del organismo humano (catatonía, histeria, epilepsia), además critica el concepto de Paranoia.

Ya en 1923, Freud¹⁰, escribe “El yo y el Ello”, la psicosis es un conflicto entre el yo y su ambiente, en 1924, Freud, habla de “Neurosis y Psicosis”, en la psicosis, el yo, puesto al servicio del ello, se aparta parcialmente de la realidad, es decir el yo acepta parte del ello. Freud, en 1924, se refiere a “la pérdida de la realidad en Neurosis y Psicosis”, en la psicosis no sólo existe pérdida de la realidad, sino también una nueva elaboración de la realidad: la psicosis sustituye algo de lo que niega.

En 1927, Eugenio Minkovski¹¹, alumno de Bleuler, publica “la Schizophrenie”, donde explica que el autismo es un fenómeno básico presente en la esquizofrenia, resultado de una pérdida de contacto con la realidad.

⁹ Ey, H. “Tratado de psiquiatría, 8°. Edición, Barcelona, Toro y Masson, 1978, pág. 458 a 462, 472 a 474, 500 a 530

¹⁰ Idem, Editorial ALIANZA, Edición, 1923.

¹¹ Bleuler, “Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias”. Edición, Buenos Aires, Editorial Paidós, pag. 6

Se sugiere además en con Carl Scheneider en 1930 con su obra “Die Psychologie der schizophrenie und ihre Bedeutung fur die Klinik der Schizophrenen”, que la esquizofrenia es fragmentación patológica de tres funciones básicas: - sentimiento de identidad no alterado; -continuidad de los procesos psíquicos, y –contacto con la realidad.

En 1942, Kart Leonhard, publica un trabajo donde comprueba que un grupo de esquizofrénicos era muy difícil de encasillar separándose del grupo central (típico), por una serie de características, a este grupo particular lo llamó atípico.

Para 1946. Hosh y Polatin, en 1946, la esquizofrenia Pseudos neurótica, tiene fundamentalmente síntomas neuróticos, pero al ser examinados con cuidado y meticulosidad revelan anormalidades esquizofrénicas del pensamiento y en las reacciones emocionales. No responden a la psicoterapia.

En el “Estudio sobre los delirios”, Enri Ey¹² en 1950, se basa en su concepción orgánico dinámica, y define la esquizofrenia como “una forma de existencia patológica que altera completamente el existir en el mundo y que conduce progresivamente a la destrucción de sus relaciones con la realidad”

En el año 1968, el manual diagnóstico y estadístico de las Enfermedades mentales (D.S.M. & M. D.)¹³ , de la American Psychiatric Asociation, describe los 4 tipos básicos de Bleuler, más el tipo infantil y el indiferenciado crónico.

En 1969, la Clasificación Internacional de enfermedades (ICD) de la Organización Mundial de la Salud, respeta los cuatro tipos básicos más el episodio esquizofrénico agudo, la esquizoafectiva,

¹² Ey, H. Tratado de psiquiatría, 8°. Edición, Barcelona, Toro y Masson, 1978. Pag. 458 a 462, 472 a 474, 500 a 530

¹³ D.S.M. III, Asociación Psiquiátrica Americana, Editorial Salvat. Págs. 19 a 37, 191 a 213.

latente y residual.

Y en 1973, se hace un estudio piloto internacional de Esquizofrenia OMS.

1.2 COMPENDIO DE DEFINICIONES SEGÚN VARIOS AUTORES

1.2.1 Definiciones:

Según el Tratado elemental de Psiquiatría¹⁴, la esquizofrenia se define como un síndrome que presenta una serie de síntomas positivos y negativos característicos, un deterioro en el desempeño laboral, social y de las relaciones interpersonales, y la presencia de signos continuos de enfermedad durante, por lo menos, seis meses.

Se caracteriza por presentar distorsiones fundamentales en el pensamiento, la percepción, las emociones, mientras la conciencia y la capacidad intelectual se conserva; sin embargo, con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos. Su curso es muy variable, con un inicio que puede ser agudo o insidioso, el cual no es necesariamente deteriorante, aunque este aspecto se presenta en la mayoría de los casos.

1.2.2 Historia Conceptual:

Aun cuando la esquizofrenia ha sido reconocida desde tiempos milenarios, quien la identificó fue Emil Kraepelin (1856-1926), el mismo que la llamó demencia precoz, por su inicio a temprana edad y el deterioro de las funciones cognitivas que presenta.

El término **esquizofrenia**, cuyo significado etimológico es “mente

¹⁴ Figueras, A. Zimman, L. Tratado elemental de Psiquiatría, 2da. Edición, Buenos Aires, López y Etchegoyen editores, 1952, pág. 228 a 254.

divina”, fue introducido por Eugen Bleuler (1857-1939) para subrayar la alteración cognitiva que él conceptualizó como una escisión de los procesos mentales.

Bleuler estableció unos síntomas principales que consideraba fundamentales en la enfermedad: el embotamiento afectivo, el trastorno de las asociaciones, el autismo y la ambivalencia. Además de este grupo de síntomas, que se conocen como las cuatro A de Bleuler, creyó que la presencia de síntomas como los delirios y las alucinaciones era secundarios o accesorios, pues se presenta con frecuencia en otras enfermedades mentales, por ejemplo, en la enfermedad maníaco-depresiva.

Posteriormente, el psiquiatra alemán Kart Schneider estableció dos grupos de síntomas, de primero y segundo rango, más acorde con las ideas de Kraepelin, quien consideraba los síntomas secundarios de Bleuler necesarios para hacer el diagnóstico.

La clasificación de los trastornos mentales (DSM-IV)¹⁵, de la asociación Psiquiátrica Americana, refleja una visión de la esquizofrenia en la que converge la afirmación que hizo Kraepelin con respecto al curso de la enfermedad, la de Bleuler en los síntomas fundamentales, y la de Schneider en los síntomas de primer rango.

1.2.3 Definición precisa de "Esquizofrenia"

El diagnóstico actual de la esquizofrenia se basa en un conjunto de signos y síntomas. Aunque los esquizofrénicos pueden diferenciarse de un modo bastante claro dentro del grupo total de pacientes de un hospital, se trata, con todo, solo de una

¹⁵ Fernández Alonso, F: Fundamentos de la Psiquiatría Actual, Tomo II, 4ta. Edición Madrid, Paz Montalvo, 1979. págs. 309 a 329-336 a 353.

estimación global que se encuentra sujeta a variaciones y errores, y que, sin duda, produce muchas confusiones cuando se intenta integrar los resultados obtenidos por diferentes investigadores.

Según el “Tratado de Psiquiatría” de Toro y Yepes¹⁶ , las variables descriptivas que definen la esquizofrenia son: **el retraimiento, la desorganización en la elaboración de conceptos, los trastornos de la percepción, la conducta motriz desviada, la proyección paranoide y el delirio melanomaniaco.** (Con respecto al factor retraimiento, en un caso extremo, se caracteriza por la indiferencia, taciturnidad, aislamiento, desaliño y un aspecto de infortunio que contrasta con el otro polo de actividad y locuacidad constantes y un aspecto pulcro, aseado y animado; se trata en apariencia, de un factor bipolar).

Si estos factores definidores coinciden con la definición clínica, los ítems para la clasificación sistemática, subyacen en ellos, proporcionan la medida explícita deseada, mediante la cual es posible efectuar una amplia y pública evaluación diagnóstica.

Esta labor sirve para ordenar los datos fragmentarios de que se dispone acerca de la psicopatología del sujeto, y recalcar la necesidad de emprender estudios detallados en ciertas esferas.

Un análisis de los refuerzos sociales que se ofrecen a los esquizofrénicos podría ampliar en una forma significativa el concepto de retraimiento, ya que parece razonable que los paranoides difieran de manera radical de algunos pacientes catatónicos y hebefrénicos.

Una definición clara y precisa de la esquizofrenia brindada por el

¹⁶ Toro y Yepes, “Tratado de Psiquiatría”, Medellín-Colombia. Tercera Edición, 2001, págs. 104 a 105.

“Tratado de la Psiquiatría” de Toro y Yepes¹⁷ la considera como una **enfermedad o un grupo de trastornos, que comprende una desorganización severa del funcionamiento social, así como alteraciones características de tipo cognoscitivo, afectivo y del comportamiento.**

Su importancia en el campo de la Psiquiatría actual depende no tanto del número de personas afectadas sino de la gravedad del fenómeno, pues su comienzo en plena juventud y sus manifestaciones residuales o recidivantes influyen negativamente en la escolaridad, el trabajo productivo y la vida familiar.

Establecer los límites que separaran la esquizofrenia de otras enfermedades, ha sido una preocupación constante de los investigadores en este campo.

La existencia de dos posiciones contrapuestas acerca de los estrictos que debían ser los criterios de diagnóstico llevó en una época, a que en algunos países que utilizaban definiciones muy amplias, se presentara un exceso de diagnósticos de esquizofrenia, frente a países que utilizaban criterios más estrictos.

Actualmente es posible distinguir de manera clara, en la mayoría de los casos, la esquizofrenia de los trastornos afectivos o de otros trastornos psicóticos, gracias a los avances obtenidos en materia de epidemiología, curso e historia natural, genética y hallazgos neurobiológicos, que han permitido comprender mejor la naturaleza y características propias de esta enfermedad. Además los criterios clínicos se han hecho cada vez más estrictos, con el fin de evitar tanto los falsos positivos como los falsos negativos.

En este sentido cabe rescatar el aporte hecho por Kurt Schneider

¹⁷ Idem, págs 113 a 118.

quien determinó la existencia de algunos síntomas más típicos de la esquizofrenia, que consideró patognomónicos y llamó “síntomas de primer orden”.

Las concepciones antipsiquiátricas, que sostenían que la esquizofrenia era tan sólo un mito mantenido por conveniencias sociales o una manera estigmatizar a los inconformes con la sociedad, una especie de “experiencia liberadora”, han quedado atrás, gracias al intenso trabajo científico en el campo de la esquizofrenia en los últimos años.

Hoy en día no sólo se sabe sin lugar a dudas que la esquizofrenia es una enfermedad, sino además que causa un sufrimiento e incapacidad funcional únicos, a aquellos que la padecen.

Cuadro 1: Síntomas de primer orden (Toro y Yepes¹⁸)

Transmisión del pensamiento	21.4%
Intervención del pensamiento	19.7%
Voces que dialogan entre sí	13.3%
Voces con comentario de actos	13.3%
Pensamientos sonoros	11.6%
Experiencias de pasividad	11.6%
Extracción (robo) de ideas	9.8%
Percepción delirantes	6.4%
Actos impuestos por otros	9.2%
Sentimientos impuestos	6.4%
Impulsos “hechos” por otros	2.9%

¹⁸ Idem, pág. 117

1.3 EPIDEMIOLOGÍA

Se puede afirmar que la esquizofrenia es una enfermedad de distribución universal, que aparece en todas las culturas, clases sociales, a cualquier edad y en personas con distintos niveles intelectuales. Es necesario, conocer que las diferentes variables demográficas influyen en la presentación de esta enfermedad.

1.3.1 Prevalencia, incidencia y riesgo de Morbilidad:

La prevalencia varía según la población, pero podría afirmarse que oscila entre el 1.6 al 4.2 por 1.000 (promedio 3.3 por mil).

La incidencia se ha calculado en un promedio de 21.8 por 100.000. El riesgo de morbilidad sería del 0.86%.

Cuadro 2: Prevalencia de la esquizofrenia en algunas poblaciones específicas (Toro y Yepes¹⁹)

POBLACIÓN	PREVALENCIA(%)
Población general	1
Hermano de esquizofrénico (no gemelo)	8
Hijo de un padre esquizofrénico	12
Hijo de los dos padres esquizofrénicos	40
Gemelo monocigótico de esquizofrénico	47

¹⁹Idem, pág. 115.

Edad:

La esquizofrenia tiene claro predominio entre adolescentes y sujetos jóvenes. En ambos sexos las edades oscilan entre los 20 y los 40 años, siendo los picos de incidencia entre los 25 y los 35 años.

El comienzo es más temprano en el hombre y la mujer presenta un porcentaje más alto en grupos de mayor edad.

Rara vez empieza antes de los diez o después de los cincuenta años.

Se encuentra con mayor frecuencia entre las clases sociales bajas, un hallazgo que probablemente se debe al descenso social que producen los síntomas negativos.

Los pacientes esquizofrénicos tienen un alto riesgo de suicidio. Aproximadamente el 30% hacen intentos y un 15% lo consuman. El riesgo de homicidio y otros actos violentos es el mismo que en la población general.

Sexo:

No existen grandes diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la incidencia. La diferencia está en estrecha relación con el grupo de edad, hasta la edad de 34 años el predominio es masculino. Las formas tardías (después de los 45 años), se presentan con mayor frecuencia en la mujer, con una proporción de 3 a 1, siendo su evolución más benigna.

Clase Social:

Existe una concentración mayor de la esquizofrenia en las clases sociales bajas. Siendo una consecuencia de la incapacidad que causa la enfermedad y no una consecuencia.

Los pacientes esquizofrénicos tienden a descender de clase social, cuando se comparan con sus familiares sanos.

Medio Cultural:

Una de las creencias más expandidas supone que la esquizofrenia es exclusiva de sociedades industrializadas y por lo tanto no existe en sociedades primitivas o rurales. Sin embargo se ha demostrado que no hay sociedad o cultura exentas de esta enfermedad.

Las diferencias entre zonas industrializadas y rurales se han explicado por factores de concentración de población y migración. Además se puede aceptar que el ambiente urbano e industrial es más exigente y menos permisivo, lo que en un momento dado puede exacerbar o destacar la sintomatología en el individuo previamente enfermo.

1.4 FACTORES ETIOLÓGICOS

No se ha logrado establecer una etiología clara para la esquizofrenia. Sin embargo, se afirma que existe una interrelación entre factores biológicos y psicosociales.

1.4.1 Factores Genéticos:

La relación entre la esquizofrenia y factores genéticos, ha tenido

origen en la observación bien conocida de que este trastorno se presenta más comúnmente en determinadas familias, siendo más alta la probabilidad mientras más cercano sea el grado de consanguinidad del paciente esquizofrénico.

Si se toma como punto de partida el riesgo de morbilidad o tasa de expectación a través del curso vital, la confirmación es bastante satisfactoria.

Se conoce que este riesgo de morbilidad ha sido calculado en la población general entre 0.8% y el 1%: Los hermanos de esquizofrénicos corren un riesgo diez veces mayor y en los hijos esta probabilidad aumenta más todavía.

Cuadro 3: Riesgo de morbilidad en parientes de esquizofrénicos (Toro y Yepes²⁰)

Población general	0.8%
Padres	4.4%
Hermanos	8.5%
Hijos	12.3%
Hermanos medios	3.2%
Tíos	2.0%
Sobrinos	2.3%
Nietos	2.8%
Primos	2.9%

Los estudios realizados por investigadores en gemelos monocigóticos muestran un índice de concordancia promedio entre un 45 a 50%.

Este valor es cuatro veces mayor que entre gemelos dicigóticos en los cuales el promedio es de un 17%, es decir, cifras similares a las del grupo fraterno no gemelar. Esta alta concordancia se

²⁰ Idem, págs. 104 a 105, 113 a 118.

conserva aún en gemelos que han sido criados por separado desde su infancia temprana.

Se desconoce qué es lo heredado en esquizofrenia, aunque se supone que se trata de un factor bioquímico. El modo de transmisión sería de carácter poligénico, en el cual múltiples genes están involucrados. Estos genes serían insuficientes para producir la entidad, pero por un efecto de sumación y en combinación con otros factores biológicos y ambientales, podrían precipitar la enfermedad de acuerdo con un determinado umbral. Quienes están por debajo de este umbral, no manifiestan la enfermedad.

1.4.2 Factores Bioquímicos:

Las hipótesis bioquímicas plantean la posibilidad de un error metabólico innato o adquirido que altera la neurotransmisión. Actualmente la tendencia es implicar varios sistemas de neurotransmisión, en la etiología y/o fisiopatología de la esquizofrenia. Los neurotransmisores posiblemente alterados son:

Dopamina.- Se postula en términos generales, que se da un aumento en la actividad de este neurotransmisor como factor fundamental en el origen de la sintomatología de la esquizofrenia.

Serotonina.- ha sido hallada una hiperserotoninemia en un 39% del grupo de pacientes esquizofrénicos, que además tienen un curso crónico de la enfermedad.

Posible relación del medio prenatal con la esquizofrenia.-

no se sabe si la esquizofrenia es un trastorno metabólico, el síndrome de extrañas defensas psicológicas o el resultado de experiencias vitales muy tempranas, o si es una combinación psicósomática del producto de la experiencia vital y la siguiente modificación de los procesos metabólicos.

Ahora se la considera también que es muy importante examinar ese período de la vida entre la concepción y el nacimiento, durante el cual el medio puede modificar tanto la conducta como la función metabólica.

Nutrición prenatal.- Se afirma que la experimentación con animales contribuyó en medida a que se reconociera la importancia del ambiente fetal como determinante del comportamiento del feto y de la estructura y la función postnatales. La nutrición es un elemento de ese ambiente.

Hay muchos experimentos y observaciones acerca de la deficiencia de nutrición específica durante el embarazo y su efecto en la estructura del recién nacido. Dichas deficiencias son, en general, de naturaleza extrema, es decir, su aparición en los seres humanos es poco probable.

Algunos estudios prueban la importancia de la ingesta alimentaria como factor ambiental durante el período fetal. No es exagerado concebir la posibilidad de que perturbaciones menores en la nutrición fetal, producidas por deficiencias en los procesos metabólicos fetales o maternos, podrían modificar, quizás en forma permanente, las normas de funcionamiento de las células cerebrales, sin afectar la estructura del organismo.

1.4.3 Factores psicofisiológicos:

Existen numerosas pruebas experimentales desde el punto de vista psicofisiológico como:

Alteraciones de la atención.- se considera que existe un déficit de la atención de los esquizofrénicos. La base de este trastorno está dada por un alto nivel de alertamiento, por lo cual no hay función de filtrado o de selectividad para los estímulos y el paciente tiene una verdadera sobrecarga de percepciones, emociones e ideas. En teoría esto explicaría algunos de los síntomas cognoscitivos iniciales, al igual que algunos fenómenos como el aislamiento social.

Teoría viral.- en algunos estudios retrospectivos, varios investigadores anotaron que la mayor cantidad de esquizofrénicos nacidos en meses de invierno y en los primeros meses de verano coinciden con algunas epidemias, en especial de influenza, lo que ha llevado a hipotetizar acerca del papel que pudieran tener algunas infecciones virales durante la gestación, en el desarrollo de algunas formas de esquizofrenia.

1.4.4 Factores psicosociales:

Los factores psicosociales no son únicos dentro de la gama de activadores ambientales de la esquizofrenia.

Otros aspectos del ambiente, como el orden de nacimiento, edad de la madre y complicaciones perinatales, son actualmente objeto de investigación.

Según el psicoanálisis clásico, Freud²¹, afirma que la esquizofrenia es un estado de regresión hacia un narcisismo

²¹ López Ariel, "Historia de la Psicología Médica", Buenos Aires. Editorial, Psique 1968. págs. 301 a 528.

primitivo semejante a la del niño. El psicoanálisis de tipo culturista, hace énfasis en las relaciones interpersonales, lo que lleva a la aparición del concepto de la madre esquizofrenógena, considerada responsable del hijo víctima. Esta idea varió después hacia las madres autoritarias, sobreprotectoras, ansiosas y emocionalmente distantes que tienden a deformar la realidad para adaptarla a sus necesidades. No se ha podido definir una serie de datos concretos en éste sentido y el interés se ha dirigido hacia la familia en combinación con las teorías de comunicación.

Una de las escuelas de la comunicación ha puesto la hipótesis de que en la familia de los esquizofrénicos existe una forma de relación llamada “doble vínculo”, consiste en el intercambio de signos verbales confusos o contradictorios, que son fuente de una actitud ambivalente entre madre e hijos. No existe comprobación científica de estas teorías.

Siguiendo el modelo de estos roles familiares, se ha hecho un estudio de familias de esquizofrénicos consideradas como patológicas. Se encuentran dos tipos de alteración: uno el de relaciones llamadas sesgadas y otro, el de la familia dividida.

La primera forma de familia daría origen a esquizofrénicos masculinos, y la segunda a esquizofrénicos femeninos.

Algunas investigaciones han recibido numerosas críticas, por las muestras insuficientes y la ausencia de grupos de control. Cuando se establece grupos de control no se encuentra mayor apoyo o confirmación para las hipótesis propuestas.

* Es importante recorrer el camino de la evolución de la esquizofrenia para concluir que esta es una enfermedad que comprende una desorganización

severa del funcionamiento social, así como alteraciones características de tipo cognoscitivo y afectivo y del comportamiento.

Por lo tanto hoy en día no solo se sabe sin lugar a dudas que la esquizofrenia es una enfermedad, sino además que causa un sufrimiento e incapacidad funcional únicos, a aquellos que la padecen.

CAPITULO II

ESTUDIOS PSICONEUROLÓGICOS RELATIVOS A LOS ESQUIZOFRÉNICOS

La esquizofrenia es un complejo de procesos fisiológicos anormales en donde se altera la conducta y los procesos cognitivos.

Algunos autores como Brown destaca la existencia de alteraciones específicas que provocan deficits en la percepción visual, memoria visual, etc.

Es importante destacar que los estudios de neuroimagen, neuropsicológicos y neurofisiológicos han mostrado grandes hallazgos en las diferencias entre grupos de individuos que padecen esquizofrenia y sujetos control.

2.1 GENERALIDADES

La Psicología se ocupa, por regla general, de la elaboración y verificación de teorías relativas a la conducta. La gama de opiniones sustentadas por los psicólogos que estudian la esquizofrenia es amplia. Están los que presuponen algún proceso orgánico de deterioro, y para quienes la tarea de investigación parece consistir en demostrar las semejanzas entre la conducta de los pacientes que padecen alteraciones orgánicas y los esquizofrénicos. Con ellos mantienen una relación estrecha los que consideran que la esquizofrenia es un complejo de procesos fisiológicos anormales y se esfuerzan por demostrar cómo los síntomas de conducta derivan del desorden fisiológico.

En el otro extremo se encuentran los que conciben la esquizofrenia en función de una teoría psicodinámica profunda y se interesan, fundamentalmente, por las técnicas de psicoterapia intensiva y las formulaciones intuitivas, estimuladas por la observación de sesiones de terapia y del desempeño en las pruebas proyectivas. Ninguno de ellos representa en forma adecuada la psicología contemporánea.

No es correcto afirmar, que el conductismo clásico es algo más que una de las muchas influencias que han signado a la psicología actual.

Cierto tipo de neoconductismo parece caracterizar a la mayoría de psicólogos que han mostrado interés por investigar la esquizofrenia.

Varios autores que se ocupan del estudio de la conducta en Psicología, se refieren a que esta no es algo que pueda explicar a través de una matriz social o de procesos fisiológicos de algún modo más fundamentales; sino que se debe analizar, mas bien,

en forma directa, aun cuando el análisis obligue a menudo a tomar en cuenta factores fisiológicos y sociales.

La estrategia consistente en analizar la conducta en función de una formulación del tipo estímulo-respuesta caracteriza a muchísimos psicólogos.

Se discute con vigor y razón cuáles son los procesos intermedios que deben darse por supuestos. El nivel óptimo del análisis de estímulos y respuestas resulta también controvertible, del mismo modo que la correcta conceptualización de la motivación y el aprendizaje. Pero al concentrarse en la conducta, los psicólogos pueden dar sentido a sus debates.

Para muchos observadores, las nociones de estímulo-respuesta están muy alejadas de las teorías psicodinámicas y de los análisis del funcionamiento del organismo centrados en la fisiología. Sucede todo lo contrario, se dice que hay motivos para creer que los acercamientos desde ambas direcciones son, no solo convenientes, sino posibles. De este modo, la teoría psicoanalítica parece acercarse en gran medida a las formulaciones de estímulo-respuesta en las que los conceptos de impulso resultan fundamentales; además, ciertas nociones del psicoanálisis contribuyen en forma directa a los estudios experimentales de la conducta. De modo análogo, cuando se invocan conceptos motivacionales, los análisis intensivos a menudo conducen a un enlace con la fisiología.

Suponiendo que esta línea de razonamiento sea válida, los psicólogos que estudian la esquizofrenia en función de los conceptos y métodos de la psicología general pueden abrigar la esperanza de vincular su tarea con ciertas formulaciones psicoanalíticas, por un lado, y con las pruebas fisiológicas existentes, por el otro.

La estrategia consiste en medir aspectos particulares de la conducta y los cambios que en ella tienen lugar en condiciones controladas, mediante el empleo de un número de sujetos que permita generalizar las conclusiones.

Los temas tratados abarcan el funcionamiento psicomotor, la actividad intelectual, la percepción, el pensamiento, el aprendizaje, y las características del grupo familiar primario.

La investigación psicológica de algunos grupos de pacientes esquizofrénicos y con demencia precoz cuenta con una historia bastante larga. Como Bevan Lewis²², quien publicó, en 1899, datos acerca de los tiempos de reacción de varios grupos de diagnóstico.

En 1909, Gatevood dio a conocer un análisis de la memoria, al que siguieron los estudios de Kent, en 1911: Boring, en 1913, y Hull, en 1917, concernientes al aprendizaje.

La reacción emocional medida desde el punto de vista fisiológico ya fue estudiada en 1909 por De Bruyn.

La técnica de asociación verbal de Jung se aplicó a los esquizofrénicos en 1910. En 1915 apareció un informe que se refería al umbral sensorial.

En 1920 ya se utilizaban los tests estandarizados de inteligencia.

En 1924, Wenvvorth llamó la atención respecto de 3 grupos de pacientes con demencia precoz basándose en su desempeño en el test de Stanford-Binet: a) los que eran deficientes de manera uniforme; b) los que variaban en función de la gama de ítems en que resultaban aprobados o reprobados, y c) los que parecían

²² Lewis, Arieti, S: Interpretación de la esquizofrenia, Editorial Labor, 1965 pág. 7 a 32

tener una eficiencia uniforme.

El trabajo de Rorschach acerca de la técnica de las manchas de tinta se publicó en 1921. Y en 1930, Moore elaboró un informe relativo a un análisis factorial basado en la medición de las reacciones emocionales, el pensamiento, la percepción, la memoria y evaluaciones de signos y síntomas psiquiátricos.

Se trató de un esfuerzo para elaborar un conjunto de dimensiones, con vistas a un sistema de diagnóstico más racional.

En las décadas de 1920 y 1930 se aplicaron inventarios de personalidad al estudio de los esquizofrénicos. A comienzos de la década de 1930 se publicó el Test Gestáltico Visomotor de Bender, y Hausmann dio información acerca de la fijación de metas después del éxito y el fracaso.

La investigación en torno de la formación de conceptos y el pensamiento adoptó una forma más precisa en los trabajos de Vigotsky, Bolles, Goldstein, Cameroon, Hunt y otros. La utilización del Test de Apercepción Temática se generalizó en la década de 1940, en particular gracias a la influencia que ejerció el trabajo de Rapaport y colaboradores.

La Segunda Guerra Mundial amplió en forma considerable el interés por el diagnóstico y tratamiento. Existe un conjunto de investigaciones que se ocupan de la evaluación del estado y la categoría psiquiátricos, y se ha informado sobre tentativas destinadas a evaluar los tratamientos.

No todos los psicólogos están de acuerdo se según a las investigaciones realizadas ya que en su mayoría prefieren hacer

hincapié en la superioridad de los estudios que se ocupan de la "persona total".

2.2 DEFICIT INTELECTUAL

Los déficit neuropsicológicos, según Gil²³, constituyen un hallazgo sistemático en grupos de individuos que presentan esquizofrenia. Los déficit resultan evidentes en diversas habilidades cognitivas, como: la memoria, las habilidades psicomotoras, la atención y la dificultad para cambiar la pauta de respuesta.

Además de la presencia de este déficit entre los individuos crónicamente enfermos de esquizofrenia, aparecen cada vez más pruebas de que muchos de este déficit se hallan en individuos que sufren un primer episodio psicótico e incluso con anterioridad a la terapia con fármacos antipsicóticos.

Así como en individuos con esquizofrenia que se encuentran en remisión clínica, o en familiares de primer grado no afectados, así también se cree que algunos de los déficit neuropsicológicos reflejan más características fundamentales de la enfermedad y que posiblemente, revelan los factores de vulnerabilidad para presentarla.

Estos déficit son clínicamente significativos porque están relacionados con el grado de dificultad que presentan estos individuos con las actividades de la vida diaria, así como con su capacidad de poder rehabilitarse desde el punto de vista psicosocial, por lo que la gravedad de los déficit neuropsicológicos constituye un factor relativamente importante para predecir la evolución social y vocacional.

²³ Gil R. "Neuropsicología", Barcelona. Editorial MASSON S.A., 1999. págs. 138 a 143

La evaluación neuropsicológica examina la integridad del funcionamiento cerebral a través del rendimiento de las personas frente a tests objetivos y estandarizados. Su aplicación a pacientes esquizofrénicos permite colaborar con el diagnóstico clínico y entregar información sobre los déficits y las habilidades remanentes que presentan estos pacientes.

Los estudios sobre alteraciones neuropsicológicas según Kolb²⁴ , en la esquizofrenia, se describen principalmente dos tipos de déficit: generalizados y específicos.

Algunos autores se refieren a alteraciones cognitivas más bien generalizadas, que implican funciones que se encuentran representadas en diversas áreas del sistema nervioso central.

Otros como Brown²⁵ , destacan la existencia de alteraciones específicas que provocan déficits significativos en pruebas que exploran percepción visual, memoria verbal, memoria visoespacial y recuerdo libre. Estas alteraciones más específicas comprometen a sistemas cerebrales restringidos, localizados principalmente en áreas prefrontales, circuito fronto-estriado y áreas tèmoro-límbicas, lo cual se corroboraría con hallazgos obtenidos a través de neuroimágenes.

Los pacientes esquizofrénicos presentan un patrón común de alteraciones cognitivas: lentificación de los procesos cognitivos, sin pérdida de eficacia en la realización de las actividades. Se muestran afectadas tanto la atención como la memoria.

Las habilidades requeridas para preparar, elaborar y controlar la conducta también se alteran. La capacidad de abstracción, la comprensión, el cálculo y el manejo de información aparecen disminuidos en estos pacientes.

²⁴ Kolb B, Whishaw Y. Fundamentos de neuropsicología humana. Barcelona: Editorial Labor, 1986.

²⁵ Brown JW, "Frontal Lobe síndrome", AM J Psichiat 1993. pág. 898 a 903

Galindo y Cols destacaron en los esquizofrénicos su dificultad para solucionar problemas, lo que atribuyeron a disfunción cerebral, específicamente de áreas temporales y frontales. La disfunción en estas zonas sería la responsable de alteraciones cognitivas tales como el déficit de la atención, las fallas en el auto monitoreo y los trastornos de la memoria, entre otros.

Los déficits cognitivos se intensificarían en pacientes esquizofrénicos en los que predominan los síntomas negativos. Se ha reportado, que el circuito dorso lateral prefrontal, en asociación con circuitos subcorticales, estarían implicados en la esquizofrenia con síntomas negativos. La mayoría de los autores coinciden en atribuir los síntomas cognitivos a disfunción del lóbulo frontal, siendo una de las alteraciones cognitivas más estudiadas en el déficit de la memoria de ejecución o *working memory*.

Se han descrito alteraciones en la memoria de ejecución verbal y visual, en tareas de reconocimiento y en actividades que implican memoria semántica.

Los intentos por identificar alteraciones en el cerebro de los esquizofrénicos han desembocado en teorías que atribuyen estas anormalidades al sistema dopaminérgico mesocortical y que plantean la existencia de un funcionamiento anormal de los lóbulos frontal y temporal.

Los pacientes esquizofrénicos evaluados a través de tests psicológicos, según la revista científica *Journal of Psychiatry Research*²⁶, se comportarían de un modo similar a los pacientes con lesiones cerebrales, presentando un deterioro cognitivo que afecta especialmente a las funciones que dependen del lóbulo frontal. Los trastornos conductuales en los esquizofrénicos, como alteraciones del pensamiento, inadecuación social, conducta antisocial y otras, pueden estar relacionadas con déficits neuropsicológicos.

²⁶ “*Journal of psychiatry Research*, CH 17, pág. 319 a 324.

Estudios realizados con la Escala de Inteligencia de Wechsler (WAIS) en esquizofrénicos muestran una relación inversa entre nivel de patología y funcionamiento intelectual, es decir, a mayor gravedad de los síntomas menor rendimiento en el WAIS.

Lehman encontró que el rendimiento en el WAIS en esquizofrénicos era significativamente inferior al de sujetos normales, pero se mostraba superior al presentado por pacientes con daño orgánico cerebral.

Freeland y Puente evaluaron a un grupo de esquizofrénicos con WAIS y con la batería neuropsicológica Luria-Nebraska y concluyeron que a través del rendimiento en estas pruebas no se distingue a los pacientes que sufren esquizofrenia de los con daño orgánico cerebral.

Contreras aplicó el test de Wisconsin a un grupo de esquizofrénicos, los resultados mostraron la existencia de deterioro psicoorgánico, lo que atribuyó a disfunción frontal.

Se observaron diferencias entre el rendimiento de pacientes crónicos y pacientes con un primer brote psicótico, apareciendo estos últimos menos dañados que los crónicos.

Se ha reportado una fuerte relación entre la severidad de los síntomas negativos y el deterioro del rendimiento en tests que examinan memoria de trabajo, como el test de Wisconsin.

Galindo y Cols aplicaron el WAIS y el test de Wisconsin a pacientes esquizofrénicos. Los resultados indican que los esquizofrénicos mostraron deficiencias importantes de aprendizaje. Esto refleja una incapacidad para beneficiarse de la retroalimentación externa y de la experiencia frente a actividades que implican formación de conceptos.

El lóbulo frontal sería el encargado de controlar la activación de las acciones, lo que realiza a través de la anticipación, la elección de objetivos, la planificación, la selección adecuada de las

respuestas, el control del desarrollo de los procesos y la verificación de los resultados. El control de las acciones, que depende del área pre-frontal dorsal, está relacionado también con la motivación, sostenida por la región frontal medial y por la capacidad de prever la sucesión de actividades a realizar.

Hoff examinó a 32 esquizofrénicos y concluyó que, independiente del tiempo de evolución y del tratamiento recibido, los pacientes presentaban alteraciones del funcionamiento cognitivo, no logrando establecer diferencias significativas entre pacientes crónicos y agudos.

Diversos autores asocian al lóbulo frontal con actividades tales como la conciencia, conducta moral, conocimiento de normas sociales, capacidad de adaptación, iniciativa, pensamiento abstracto y juicio.

Los mecanismos que permitirían sustentar estas habilidades serían las funciones integrativas, la motivación, la memoria a corto plazo, el ordenamiento de secuencias temporales, la atención selectiva, la concentración, la fluidez, la flexibilidad, la capacidad de planificación, el lenguaje y el movimiento.

La complejidad de las conexiones que establece el lóbulo frontal con otras áreas del sistema nervioso central, contribuye a una amplia gama de cambios conductuales cuando existen lesiones o alguna otra alteración en esta región.

2.3 GENETICOS

Diversos estudios han demostrado la influencia de factores genéticos en la herencia de la esquizofrenia.

Aunque más de la mitad de los cromosomas se han visto asociados a algún aspecto de la etiología de la enfermedad, los más frecuentemente implicados han sido el brazo largo de los

cromosomas 5, 6, 11 y 18; el brazo corto del cromosoma 19, y el cromosoma X. Se cree que debido al hecho de que la esquizofrenia es tan heterogénea, su etiología debe ser multifactorial, por lo que la transmisión de un gen único explicaría solamente una pequeña fracción de los casos.

Si se asume que la esquizofrenia es un trastorno influenciado por muchos genes que se expresa después de superarse cierto umbral (usualmente en la adolescencia), esto conduce a pensar que lo que denominamos esquizofrenia es una expresión fenotípica de un espectro que va desde trastornos de menor severidad como el esquizoide hasta una esquizofrenia con predominio de síntomas negativos.

Adicionalmente, más de cuarenta estudios han demostrado que la esquizofrenia es familiar, presentándose más esto en los hijos o hermanos que en los padres del paciente.

En dichas familias es también frecuente la presentación de otras psicosis.

Los modelos de transmisión genética, propuestos por el "Journal Psychiatry Research" han sido varios:

Modelo monogénico:

Postula que todos los tipos de esquizofrenia comparten el mismo gen pero con distinto grado de penetrancia. El hecho de que sólo entre el 30% al 35% de la descendencia de los pacientes esquizofrénicos desarrolle la patología desacredita este modelo.

Modelo heterogénico:

Este modelo postula que la esquizofrenia consiste en varias patologías, cada una de ellas asociada a un *loci* mayor, que se

transmite por herencia dominante, recesiva o ligada a cromosoma X. Hasta hoy no hay datos a favor de este modelo.

Modelo poligénico:

Mantiene que la esquizofrenia resulta de la combinación de múltiples genes defectuosos, con eventuales interacciones con el ambiente.

Este modelo postula que el riesgo a desarrollar esquizofrenia se puede ligar a un rasgo con una distribución continua, donde habría un umbral para la expresión clínica de la enfermedad.

Esta hipótesis explicaría el por qué se encuentran expresiones subclínicas en los gemelos y otros familiares de pacientes esquizofrénicos.

2.4 BIOLÓGICO-NEUROLOGICO

2.4.1 Hallazgos de laboratorio.

No se han identificado hallazgos de laboratorio que sirvan para el diagnóstico de esquizofrenia. No obstante, diversos estudios de neuro-imagen, neuropsicológicos y neurofisiológicos han mostrado diferencias entre grupos de individuos que padecen esquizofrenia y sujetos control. En la neuroimagen estructural, el hallazgo más ampliamente estudiado y consistente continúa siendo un agrandamiento de los ventrículos laterales.

Muchos estudios también han demostrado la existencia de una disminución del tejido cerebral, tal y como se evidencia por la mayor amplitud de los surcos corticales y por la disminución del volumen de la sustancia gris y blanca.

Cuando se analiza por zonas. Se ha observado de manera más sistemática la reducción del volumen del lóbulo temporal, afectándose con menos frecuencia el lóbulo frontal. En el lóbulo temporal existen evidencias de alteraciones focales,

observándose una reducción sistemática del volumen de las estructuras temporales mediales (hipocampo, amígdala y cónax entomnal).

Una disminución del volumen talámico se ha observado también en individuos que padecen esquizofrenia y en sus familiares de primer grado no afectados, aunque hay pocos estudios al respecto.

Otro hallazgo que se menciona en el DSM IV-TR²⁷ , es el aumento sistemático del tamaño de los ganglios basales.

Todo esto puede dar lugar a consecuencias fisiopatológicas importantes porque es sugestivo de una temprana (prenatal) anomalía del desarrollo de la línea media del cerebro, al menos en un subgrupo de individuos con esquizofrenia.

Así pues, y en apoyo de teorías que sostienen que el trastorno puede derivarse de complicaciones perinatales que llevan a la hipoxia y comprometen el desarrollo de regiones cerebrales como el hipocampo, se encuentra en la TAC (tomografía) un aumento en el tamaño de los ventrículos laterales (75% de los pacientes) y III ventrículo (83% de los pacientes) (relacionado con alucinaciones auditivas persistentes), disminución del 5% a 10% en la densidad del hemisferio izquierdo con atrofia cortical en un 10-35% de los pacientes y atrofia del vermis cerebeloso, ampliación de los surcos corticales y de las fisuras.

2.4.2 Alteraciones de vías neuronales (desbalance de neurotransmisores)

Desde el punto de vista fisiopatológico, del DSM IV-TR²⁸ , la

²⁷ D.S.M-IV-TR, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Editorial Masson. Págs. 340 a 343.

²⁸ D.S.M-IV-TR, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Editorial Masson. Págs. 340 a 343.

esquizofrenia más que un incremento generalizado de la actividad dopaminérgica, es un trastorno caracterizado por una actividad asimétrica con un relativo incremento de la actividad dopaminérgica en el putamen y otras regiones subcorticales, que lleva a los síntomas positivos delirante-alucinatorios y una relativa disminución de la actividad dopaminérgica en regiones corticales prefrontales.

Una reducción en los niveles plasmáticos de la dopamina, una disminución en la tasa de flujo al SNC.

Otra teoría menciona la existencia de varios circuitos paralelos que conectan la corteza con el tálamo a través de los ganglios basales, entre los que se cuentan el dorsolateral prefrontal (síntomas negativos) y el del cíngulo anterior (síntomas positivos). Ha sido sugerido que los individuos con esquizofrenia usan drogas de abuso en un intento por automedicar sus síntomas.

Lehman y colegas han mencionado dos hipótesis sobre la automedicación.

La primera y más general hipótesis sugiere que las drogas psicoestimulantes pueden reducir los síntomas negativos, los trastornos cognitivos, la pobre autoestima y los efectos extrapiramidales y la acatisia producida por los antipsicóticos.

En contraste, la otra y más específica hipótesis sugiere una relación entre los efectos farmacológicos de las sustancias y el tipo de síntomas manifestados por los sujetos esquizofrénicos. Lieberman y colaboradores, concluyen que los mecanismos implicados en las psicosis idiopáticas o por consumo de sustancias psicoactivas, son similares e involucran una alteración de las vías dopaminérgicas.

La hiperdopaminergia mesocortical (también explicada en parte

por la hipoglutamatergia) permite entender el mecanismo que conduce a los síntomas negativos por desestimulación de estructuras límbico-corticales como la cíngulo-cortical.

2.4.3 Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas.

Los sujetos con esquizofrenia son algunas veces físicamente torpes y pueden presentar «signos neurológicos menores» como contusión derecha/izquierda, coordinación pobre o movimientos en espejo.

Algunas anomalías físicas leves son más frecuentes entre los sujetos con esquizofrenia (p. ejm. bóveda palatina arqueada, ojos excesivamente juntos o separados, o sutiles malformaciones de las orejas).

Probablemente el hallazgo físico más comúnmente asociado sean las anormalidades motoras, explica Silva²⁹ . La mayoría de éstas se relacionan con los efectos secundarios del tratamiento con medicación antipsicótica.

Las anormalidades motoras que son secundarias al tratamiento con neurolépticos incluyen discinesia tardía inducida por neuroléptico, parkinsonismo inducido por neurolépticos, acatisia aguda inducida por neurolépticos, distonía aguda inducida por neurolépticos y el síndrome neuroléptico maligno. Anormalidades motoras espontáneas que se parecen a las provocadas por neurolépticos (p. ej. olfateo, cloqueo lingual, gruñidos) fueron descritas en la era preneuroléptica y aún se observan, aunque pueden ser difíciles de distinguir de los efectos neurolépticos.

Otros hallazgos físicos están, relacionados con trastornos

²⁹ Silva H., “Los Síntomas Fundamentales de la Esquizofrenia”, 1998. Revista Psiquiátrica Clínica, p. 45.

frecuentemente asociados. Por ejemplo, puesto que la dependencia de la nicotina es tan frecuente en la esquizofrenia, estos sujetos son más propensos a desarrollar patología relacionada con el tabaco (p. ej. enfisema y otros problemas pulmonares y cardíacos).

* No se puede descartar los hallazgos psiconeurológicos sobre la esquizofrenia yqa que en este capítulo recopila todos los estudios realizados en neuroimagen concluyendo que la esquizofrenia es una expresión tanto genotípica y fenotípica, demostrando que la esquizofrenia es familiar.

CAPITULO III

PAUTAS DIAGNÓSTICAS PARA LA ESQUIZOFRENIA

Es importante destacar que los sistemas de clasificación mas difundidos son del DSM-IV y la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10); clasificando así a la esquizofrenia en 5 subtipos además se destaca también en los últimos años la división de los síntomas clínicos planteados por Crow, en síntomas positivos y negativos, gracias a su correlación con alteraciones neurobiológicas y su respuesta al tratamiento con los medicamentos antipsicóticas.

Por lo tanto es importante tener en cuenta criterios de diagnóstico como la disfunción social, ocupación, duración, etc.

3.1 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA

Este capítulo será tomado y estudiado de el “Tratado de Psiquiatría”, 4ta Edición, Toro y Mansson.

Los sistemas de clasificación más difundidos son los DSM-IV y la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). Para diagnosticar la esquizofrenia se tomarán en cuenta los criterios del DSM-IV; estos son:

A. Síntomas característicos

Por lo menos dos de los siguientes durante un período de un mes (o menos si han sido tratados exitosamente).

1. Ideas delirante
2. Alucinaciones
3. Discurso desorganizado.
4. Comportamiento muy desorganizado.
5. Signos negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia, o abulia.

Nota: Solamente un síntoma de los descritos en A se requiere si las ideas delirantes son extrañas o si las alucinaciones consisten en voces, en forma de comentario de actos o que conversan entre sí.

B. Disfunción social/ocupacional

Por un significativo período de tiempo desde el comienzo del trastorno una o más áreas de funcionamiento tales como el trabajo, las relaciones interpersonales o los autocuidados están por debajo del nivel habitual.

C. Duración

Los signos continuos del trastorno persisten al menos seis meses. Este período debe incluir al menos un mes de síntomas del grupo A (fase activa) o pueden incluir períodos prodrómicos o residuales si el criterio A no es completo. Durante este período se pueden observar síntomas negativos o dos o más síntomas del criterio A en forma atenuada.

D. Exclusión de un trastorno del ánimo o

esquizoafectivo

Los criterios para un episodio de trastornos del estado de ánimo no deben estar presentes durante un sustancial período del trastorno.

E. Exclusión de abuso de drogas o enfermedad médica general

El trastorno no es inducido por abuso de sustancias o enfermedad médica general.

3.1.1 Manifestaciones Clínicas:

En los últimos años ha adquirido especial importancia la división de los síntomas clínicos planteados por Crow³⁰, en síntomas positivos y negativos, gracias a su correlación con alteraciones neurobiológicas y su respuesta al tratamiento con las medicaciones antipsicóticas.

Los síntomas positivos representan una distorsión o aumento de algunas funciones mentales, en tanto que los síntomas negativos reflejan un déficit o disminución de dichas funciones, que está presente desde antes del inicio de la crisis delirante y alucinatoria y no son el resultado del deterioro y la cronicidad, como se consideraba anteriormente.

Los síntomas positivos y negativos pueden ser valorados mediante escalas como la PANSS (Positive and Negative Síndrome Scale); y la Escala abreviada de evaluación psiquiátrica

³⁰ Ey, H, "Tratado de Psiquiatría", 4ta Edición, Barcelona, Toro y Masson, 1978, pág 118 a 126, 138 a 140.

(BPRS: Brief Psychiatry Rating Scale).

3.2 SINTOMATOLOGÍA POSITIVA

Comprende básicamente alteraciones de tipo perceptivo (alucinaciones), ideativo (ideas delirantes y percepción delirante), experiencias de pasividad y trastornos ideoverbales. Los síntomas positivos no se presentan en individuos sanos y podrían representar una reacción del paciente a una variedad de causas orgánicas, psicológicas o del ambiente familiar o social.

El comienzo de un episodio psicótico o la exacerbación de los síntomas positivos suele asociarse con un aumento de los síntomas negativos.

Los estudios neurobiológicos han relacionado la presencia de los síntomas positivos con un incremento en la actividad dopaminérgica cerebral, razón por la cual los síntomas positivos desaparecen con la administración de neurolépticos como el haloperidol o los antipsicóticos de segunda generación, llamados también atípicos, como la olanzapina, la quetiapina, la clozapina, la risperidona, la ziprasidona y el aripiprazol.

3.2.1 Trastornos perceptivos.

Las alucinaciones son frecuentes en los pacientes esquizofrénicos, especialmente las auditivas, seguidas en frecuencia por las visuales y las somáticas. Otros tipos de alucinaciones son muy raros.

Las alucinaciones auditivas son percibidas en forma de voces (carácter verbal), que se dirigen al paciente en segunda o tercer persona (tú, usted, vos, aquel), conformando frases cortas,

persistentes y continuas. Se dice que lo distintivo de estas alucinaciones auditivo-verbales es la permanencia a lo largo del día, desapareciendo solamente durante el sueño, a diferencia de alucinaciones que se observan en los cuadros de psicosis afectivas donde las alucinaciones son intermitentes y fugaces.

Otra cualidad específica es su carácter de diálogo o de comentario de los actos del paciente, pudiendo afirmar el paciente que las "voces" discuten entre sí o repiten sus acciones. Los comentarios son usualmente críticos, acusatorios, insultantes, amenazantes, burlones o imperativos. Pueden proceder de lugares distantes o cercanos, del propio cuerpo del paciente, del techo, las paredes, aparatos radiales, televisión o situarse en otras personas.

La conducta del paciente es influida por estas alucinaciones tomando actitudes de escucha o estableciendo soliloquios, a veces puede obedecer las ordenes y otras veces oponerse en forma activa; por ejemplo, las alucinaciones auditivas pueden comentarle al paciente que se prepara para salir a la calle, "que no le está permitido salir" y ante la negativa del paciente, sugerirle que salte por una ventana.

El pensamiento sonoro es una forma muy típica de alucinación. Los pacientes dicen escuchar sus propios pensamientos formulados externamente en palabras o escuchar que son repetidos en voz alta, fenómeno que se conoce como "eco del pensamiento". Todo lo pensado es pronunciado claramente y el *paciente* tiene la convicción de que sus ideas más íntimas son escuchadas por otras personas.

Algunos pacientes describen sus experiencias como "pensamientos fuertes" o como ideas que resuenan en los oídos con determinada calidad sensorial.

Otros pacientes tienen la impresión subjetiva de que los pensamientos son divulgados o transmitidos hacia otra persona por medio de micrófonos, máquinas electrónicas, radio o televisión (difusión o transmisión del pensamiento).

Por lo tanto, sus ideas son inmediatamente conocidas por todo el mundo o los otros tienen la posibilidad de adivinar todo lo que se piensa. Este hecho da lugar a interpretaciones secundarias sobre las actitudes de las personas que rodean al paciente, afirmando éste que saben sus secretos y los comentan, pudiendo estimular en el paciente conductas de auto o heteroagresión.

3.2.2 Trastornos ideativos.

La percepción delirante constituye uno de los síntomas considerados como específicos de la esquizofrenia. Consiste en una intuición especial y en asociaciones individuales como respuesta a una percepción normal. Generalmente está precedida o acompañada de un tono emocional que se ha denominado humor delirante a causa de la impresión angustiosa de algo que puede suceder pero no es comprendido.

La percepción delirante intenta dar significado a las situaciones reales. Primero viene la percepción y luego la explicación con un sentido de clarividencia, revelación o mensaje oculto. Todo parece estar dispuesto para probar algo o darlo a conocer, de esta forma cualquier cambio normal en el ambiente, puede indicar una situación novedosa: los colores vivos de un vestido quieren decir que se prepara un golpe de estado; las estrellas que titilan anuncian la venida del Mesías; los sonidos de los aviones dan a conocer la posibilidad de un nuevo invento por parte del paciente,

o los ruidos en la calle previenen sobre algún peligro indefinido.

Es importante diferenciar el fenómeno descrito, las experiencias de desrealización (transformación del ambiente con la impresión de que los objetos son más opacos o brillantes, las cosas parecen estáticas o sin vida y en general el entorno es percibido como extraño), que es más frecuente en trastornos como el pánico o la epilepsia del lóbulo temporal.

Las ideas delirantes son de importancia central en la esquizofrenia. Pueden ser precedidas por fenómenos pre-delirantes anteriormente descritos y son claramente diferenciables de prejuicios y supersticiones propias del grupo cultural.

Entre los contenidos más frecuentes se encuentran los de influencia donde él-ella, tiene la firme creencia de estar influido por fuerzas mágicas u ocultas que dirigen su conducta. Se siente manejado a distancia por medio de la hipnosis, aparatos, ondas o por espíritus malignos, pudiendo tener un matiz religioso o demoníaco de acuerdo con las condiciones culturales del paciente.

Cuando el paciente presenta ideas delirantes de tipo persecutorio o de acosamiento, amenazador al ambiente, ya sea por parte de un individuo o grupo de individuos, y tiene la impresión de ser vigilado u observado, cree que se ejecutan maniobras para desprestigiarlo, calumniarlo o se trata de darle muerte de alguna manera específica.

Deben tenerse en cuenta las ideas de autorreferencia, por las cuales los acontecimientos externos son referidos a la propia persona. Una conversación es interpretada como murmuración relacionada con el paciente, las miradas son hacia él, los otros se ríen de él y tratan ridiculizarlo.

Un grado mayor del fenómeno autorreferencial, es la llamada idea delirante de alusión, en la cual el paciente interpreta toda situación atribuyéndole significado directamente personal: los periódicos comentan sobre el enfermo, la gente hace señales o frases de doble sentido, etc.

Las ideas delirantes celotípicas y de grandiosidad con especial contenido religioso, sólo tienen valor si se acompañan de otros síntomas discriminatorios y se excluye la presencia de alteraciones afectivas, como exaltación, euforia o depresión.

3.2.3 Experiencia de pasividad.

Constituye uno de los fenómenos más altamente sugestivos para el diagnóstico de esquizofrenia. Para quien las experimenta, sus emociones, pensamientos o acciones no son vividos como propios, lo que lo lleva concluir que está controlado por agentes externos o es manejado por seres naturales o sobrenaturales.

El paciente siente que es forzado a pensar por una mente externa, que le impone ideas que no le pertenecen o que él no considera como propias, atribuyendo esta sensación al efecto de acción hipnótica o a cualquier procedimiento que interviene su pensamiento y le impide su curso normal.

El enfermo puede afirmar que “en mi cabeza hay pensamientos que no son míos, me enredan las ideas”. La experiencia de pasividad puede distinguirse de las ideas obsesivas, las cuales son consideradas como propias por el individuo y aunque

escapen a su control y le originen ansiedad, no las relaciona con influencias externas.

Los fenómenos de robo o extracción del pensamiento son similares al anterior, pero en este caso el paciente afirma que sus ideas son extraídas por acción de terceros. El enfermo habla de "evaporación de las ideas" "me quitan todo lo que pienso", "me absorben las cosas que quiero decir".

Las alucinaciones somáticas, en especial las cenestésicas y táctiles son siempre interpretadas como ocasionadas por los otros. Los pacientes se quejan de pinchazos, corrientazos y dolores en diversos sitios del cuerpo, pero especialmente en zonas genitales o mamarias, o dicen que sus vísceras son sometidas a desplazamiento, vacío, torsión y cambio de consistencia, al igual que su cabeza o extremidades.

Esta percepción delirante debe diferenciarse de la despersonalización somática, en la cual los síntomas de despersonalización no son relacionados por el paciente con "fuerzas extrañas". Los impulsos, emociones y en especial algunos actos son también vividos por efecto de acciones mágicas, con la impresión de ser manejado como un muñeco, conducido como un autómatas o controlado en todos los movimientos.

3.2.4 Trastornos ideo-verbales.

Estos trastornos se han comparado con alteraciones neurológicas, recibiendo inicialmente el término de parafasia verbal. Se les conoce también como pensamiento saltigrado, condensación, incoherencia, etc. El término de sobre-inclusión es el que ha dado lugar a numerosos trabajos experimentales, considerando que ciertos elementos asociativos dan como

resultado final la distorsión del curso del pensamiento.

También se conoce como disgregación del pensamiento originada por la pérdida de la asociación de las ideas que se manifiesta como desorganización conceptual, expresión fragmentaria y ausencia clara de significación.

Las palabras carecen de precisión o toman un carácter disparatado, con generalizaciones vagas y giros personales en forma de metonimias que son para el observador desprovistas de sentido. El empleo por parte del paciente de variadas expresiones metafóricas con tendencia al simbolismo o el uso de palabras completamente originales (neologismos) hacen que el lenguaje sea incomprensible total o parcialmente.

Los límites de los conceptos se pierden siendo relacionados con otros totalmente irrelevantes, pero sorprende, al mismo tiempo, la combinación de frases adecuadas. De tal manera que a la extrañeza expresiva, los bloqueos, los neologismos y la ausencia de significado viene a añadirse un curso de ideas que se considera normal.

3.3 SINTOMATOLOGÍA NEGATIVA

Los síntomas negativos expresan una carencia o déficit del funcionamiento cognoscitivo y social; y se presume que son intrínsecos a la enfermedad esquizofrénica, aunque algunos síntomas negativos como la abulia y la anhedonia pueden ser intensificados por la presencia de depresión o el empleo de neurolepticos.

Los síntomas deficitarios están presentes durante las crisis psicóticas y en los períodos intercríticos, cuando el paciente no

presenta delirios ni alucinaciones.

Estos síntomas no son modificados por los neurolépticos como el haloperidol o la clorpromazina, pero parecen responder a la acción de los antipsicóticos atípicos, que poseen una acción serotoninérgica.

La intensidad de la Sintomatología negativa se incrementa después de cada episodio delirante alucinatorio y es la responsable del cuadro de deterioro que se ha observado en la esquizofrenia desde los tiempos de Morel y Kraepelin.

3.3.1 Trastorno del lenguaje y pensamiento (alogia).

Se refiere a la disminución de la producción y comunicación verbal. El paciente con alogia pareciera haber perdido la facilidad para producir pensamientos, haciéndose evidente este hecho en la pobreza expresiva.

Se caracteriza por respuestas breves, lacónicas o "vacías" y pueden presentarse bloqueos del pensamiento (el paciente interrumpe lo que dice y parece no encontrar las palabras por breves instantes).

3.3.2 Trastornos de la actividad.

Lo predominante es la pérdida de iniciativa, denominada con el término de abulia, caracterizada por la falta de energía e impulso, con ausencia de finalidad en diversos actos. Hay insuficiente motivación para acciones aisladas: el paciente parece haber perdido la capacidad de desempeñar actividades que persiguen una meta tanto personal como social, conservar un trabajo, mantener un rendimiento escolar regular y constante, sostener

relaciones interpersonales, etc.

En los casos severos, lo característico es la anergia, que ocasiona que los pacientes pasan la mayor parte del día sin realizar actividades espontáneas.

3.3.3 Trastornos afectivos.

El principal trastorno afectivo es una especie de indiferencia o insensibilidad, lentitud de reacción y casi ausencia de expresión emocional, que ha sido llamado aplanamiento afectivo. Aunque este concepto pareciera implicar una desaparición de sentimientos y emociones, esto en realidad no sucede.

En efecto, los sentimientos finos son conservados, expresándose sólo en determinadas situaciones normales o dando respuestas paradójicas que han sido consideradas como incongruentes.

Un paciente puede así manifestar irritabilidad ante el cambio de peinado de una enfermera o emociones de agrado ante circunstancias penosas.

Son muy típicas las risas sin motivos externos obvios o la insensibilidad aparente ante lo que los demás pueden considerar gracioso. En definitiva sobre un fondo de embotamiento emocional pueden ocurrir respuestas emocionales tanto apropiadas como inapropiadas.

La ambivalencia afectiva considerada como la presencia simultánea de sentimientos opuestos o contradictorios como amor-odio, deseo-temor, querer-no querer, no constituye un

síntoma de valor diagnóstico. Puede observarse en individuos normales o con otras enfermedades psiquiátricas.

3.3.4 Trastornos de la sociabilidad.

Como consecuencia o paralelo al distanciamiento emocional, hay un notable retraimiento social. Los enfermos manifiestan incapacidad para establecer amistades, contacto íntimo con otras personas o incluso la participación en grupos recreativos.

La motivación y la actividad sexual resultan claramente disminuidas. En casos extremos se da el aislamiento social, con ausencia casi total de reír con los demás.

Algunos han confundido el aislamiento social con el autismo como síntoma. El término autismo en su concepción original, fue definido como retiro del mundo externo con predominio de la vida mental interior y según algunos teóricos como rompimiento con la realidad.

El autismo es un trastorno del pensamiento en tanto que el aislamiento es una alteración del comportamiento.

Los trastornos afectivos y de la sociabilidad con frecuencia impiden que el paciente pueda desempeñarse adecuadamente a nivel académico y laboral, deteriorando su funcionamiento social y menoscabando su calidad de vida.

3.4 EL CONCEPTO DE SÍNTOMA BÁSICO

Como puede apreciarse desde los primeros estudios de Morel hasta nuestros días se ha reconocido la existencia de un déficit cognoscitivo en la esquizofrenia, que está presente antes de la iniciación de los síntomas psicóticos.

Las investigaciones clínicas llevadas a cabo por Huber han logrado identificar alrededor de 20 síntomas básicos, que el puede observar antes de la eclosión del episodio psicótico.

Los síntomas básicos más frecuentes son:

- 1 dificultad para discriminar las calidades emocionales.
- 2 trastornos en la mímica y gestos.
- 3 interferencia en el pensamiento.
- 4 bloqueo del pensamiento.
- 5 trastornos en el lenguaje receptivo (leído).
- 6 trastornos en el lenguaje receptivo (escuchado).
- 7 trastornos en el lenguaje expresivo.
- 8 dificultad para distinguir entre la fantasía (imaginación) y la realidad (percepción).
- 9 tendencia inmediata a la auto-referencia.
- 10 visión parcial de los eventos o trastornos en la percepción del propio rostro.

Los síntomas psicóticos emergen al intensificarse los síntomas básicos. Por ejemplo, las percepciones delirantes emergen de los trastornos perceptivos y las alucinaciones somáticas se manifiestan a partir de las cenestesias.

Los síntomas son prepsicóticos, es decir, que con frecuencia preceden al primer brote psicótico, pero son prodrómicos, lo cual significa que parte de las alteraciones cognoscitivas del o esquizofrénico.

El individuo que presenta uno o más de los síntomas básicos

elabora estrategias de conducta para adaptarse a ellos o evitar las interferencias que le ocasionan los síntomas. El paciente puede aislarse y evitar situaciones en las cuales se pongan en manifiesto sus dificultades en la percepción de los rostros de los otros o puede pasar varias horas frente al espejo (signo del espejo) tratando de su propio rostro.

Los cambios en el comportamiento deben ser identificados por el clínico en forma precoz, para sospechar el trastorno esquizofrénico e iniciar el tratamiento oportuno y, de este modo, prevenir la progresión de la psicosis y los estados crónicos irreversibles (esquizofrenia residual).

3.5 SUBTIPOS CLÍNICOS

Los subtipos clínicos de la esquizofrenia pueden clasificarse en forma longitudinal o transversal. Las subdivisiones longitudinales se basan en el curso de la enfermedad, siendo de especial importancia desde el punto de vista teórico, clínico y pronóstico la propuesta por Crow, que tiene en cuenta el predominio de los síntomas positivos o negativos y divide las esquizofrenias en dos grupos.

En el tipo I predominan los síntomas positivos, que se exacerban con el uso de anfetaminas y mejoran con los antipsicóticos convencionales y no se observan cambios estructurales cerebrales, razones por las cuales posee un buen pronóstico clínico.

En el síndrome tipo II, predominan los síntomas negativos, existe una pobre respuesta a los antipsicóticos convencionales y ausencia de exacerbación sintomática con las anfetaminas.

Actualmente esta clasificación está sujeta a controversia, debido a que como ya se mencionó anteriormente, los síntomas negativos no son exclusivos de los pacientes crónicos y que la coexistencia de síntomas negativos y positivos es mucho más frecuente que a los subtipos positivos o negativos "puros".

Otra distinción longitudinal trata de explicar las diferentes presentaciones clínicas de la esquizofrenia, como pertenecientes a un espectro o continuo en uno de cuyos extremos está situada la esquizofrenia propiamente dicha, pasando por los trastornos esquizofreniformes hasta las formas límites y la personalidad esquizotípica.

Estos trastornos serían la expresión, con diversos grados de severidad, de un mismo defecto fundamental.

Las clasificaciones transversales corresponden a los subtipos clásicos de la esquizofrenia, que fueron definidos por la observación de signos y síntomas durante un período de evaluación relativamente corto. El DSM-IV distingue cinco subtipos, son:

- 1 paranoide
- 2 catatónica
- 3 hebefrénica
- 4 simple
- 5 indiferenciada

Pero en la clínica, la mayoría de los pacientes muestran una combinación de síntomas de los diferentes subtipos o cambian con el tiempo de un subtipo a otro.

Subtipo paranoide

En este grupo predominan los síntomas de tipo delirante y alucinatorio. Se le considera como la forma típica y la más diagnosticada en nuestro medio, aun cuando la conducta paranoide es compartida por otros tipos de psicosis.

Es difícil encontrar fenómenos absolutamente específicos, aunque siempre se menciona para este subtipo la conservación de la personalidad y la edad más tardía de aparición.

Las razones para sospechar este subtipo clínico serían la presencia de un cuadro florido de alucinaciones, ideas delirantes de influencia, persecución, referencia o alusión. El afecto puede estar comprometido de manera variable y son poco frecuentes las alteraciones ideoverbales de tipo negativo en el pensamiento.

Subtipo catatónico

Se caracteriza por alteraciones de la conducta motora y puede presentarse bajo la forma de estupor o excitación. En la fase de estupor aparece un notable retardo motor (disminución de los movimientos espontáneos o la actividad general), llegando a veces a la inmovilidad total, sin respuesta a estímulos ambientales.

Algunos pacientes presentan catalepsia, que es la tendencia a sostener posiciones corporales fijas, dando un estado que puede ocasionalmente ser confundido con fenómenos de rigidez extrapiramidal.

En tal caso, el paciente puede ser colocado en cualquier postura, lo que ha sido llamado flexibilidad cérea. A los síntomas

mencionados puede añadirse:

- 1 mutismo
- 2 ecopraxia
- 3 obediencia automática.

En la fase de excitación, aparece una intensa agitación, movimientos estereotipados y conducta violenta o destructiva. El lenguaje muestra verbigeración o ecolalia. Al igual que en la forma estuporosa, el paciente puede estar en negativismo y presentar alucinaciones auditivas típicas, ideas delirantes, experiencias de pasividad y los otros síntomas característicos.

El subtipo de esquizofrenia catatónica es cada vez menos frecuente, al parecer por el diagnóstico temprano de las crisis esquizofrénicas y los adelantos en los tratamientos farmacológicos.

Subtipo hebefrénico

Se caracteriza por la presencia de síntomas afectivos e ideativos. Desde el punto de vista emocional, lo más notable es la euforia insulsa, con risa fácil, sin motivo aparente o la incongruencia afectiva en su más clara expresión, las ideas delirantes son pobres, poco estructuradas y fragmentarias. El lenguaje está profundamente alterado, presentando irrelevancia, disgregación y neologismos.

La conducta es desorganizada, primitiva y pueril. La presentación personal de estos pacientes es descuidada, sucia, sin preocupación por los eventos que les rodean.

Con frecuencia el enfermo presenta conductas de desinhibición sexual y un apetito exagerado.

Subtipo simple

Su característica es la ausencia de síntomas perceptivos e ideativos, evolucionando de manera lenta e insidiosa hacia un estado de anhedonia, con pérdida de iniciativa e indiferencia cada vez mayor hacia el ambiente.

El fracaso escolar y el retiro del trabajo, con posterior aislamiento domiciliario son bastante comunes. Con frecuencia los enfermos consultan por quejas somáticas.

Fácilmente se observa que este subgrupo de pacientes desciende en la escala social, dedicándose a vagar sin actividad alguna o cayendo en grupos delictivos, farmacodependencia o prostitución.

Rara vez son llevados a instituciones psiquiátricas y cuando acuden, con frecuencia debido a comportamientos agresivos, la enfermedad lleva varios años de evolución.

Esquizofrenia indiferenciada

En estos pacientes se observan síntomas correspondientes a los diferentes subtipos, sin que los síntomas puedan ser clasificados en uno de ellos.

Esquizofrenia latente

La CIE-10 denomina así aquellos pacientes que presentan síntomas, que en la clasificación americana se denominan

Trastorno de personalidad esquizotípica.

El término latente, aunque confuso y discutible, busca agrupar a aquellos pacientes cuyo comportamiento está caracterizado por alteraciones sutiles del pensamiento, tendencia al pensamiento mágico, la superstición, la suspicacia, deficiencias en las relaciones interpersonales, experiencias perceptuales poco comunes, anhedonia y conducta impulsiva, entre otros.

Estas alteraciones, en alguna forma, coinciden con el concepto de síntoma básico, explicado anteriormente.

Los autores europeos consideran estas alteraciones como una forma atenuada de esquizofrenia y no como un trastorno de personalidad, teniendo en cuenta los estudios epidemiológicos que muestran que con frecuencia estos pacientes evolucionan hacia cuadros francos de esquizofrenia que responden al tratamiento con antipsicóticos.

3.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Una amplia variedad de enfermedades médicas pueden presentarse con síntomas psicóticos, según el DSM IV-TR.³¹

Se diagnostica un **trastorno psicótico debido a enfermedad médica, delirium o demencia** cuando hay pruebas en la historia, la exploración física o las pruebas de laboratorio que indican que las ideas delirantes o las alucinaciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica (por ejm. síndrome de Cushing, tumor cerebral)

³¹ DSM IV-TR, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Editorial, MASSON, pág. 346 a 348.

El trastorno psicótico inducido por sustancias. El delirium inducido por sustancias y la demencia persistente inducida por sustancias se distinguen de la esquizofrenia por el hecho de que se determina que una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento o la exposición a un tóxico) está asociada etiológicamente a las ideas delirantes o a las alucinaciones

Muchos tipos de trastornos relacionados con sustancias pueden producir síntomas parecidos a los de la esquizofrenia (p. ej. el consumo continuado de anfetamina o cocaína puede producir ideas delirantes o alucinaciones; el consumo de fenciclidina puede producir una mezcla de síntomas positivos y negativos).

El clínico debe determinar si los síntomas psicóticos han sido iniciados o mantenidos por el consumo de la sustancia, basándose en las peculiaridades que caracterizan el curso de la esquizofrenia y de los trastornos relacionados con sustancias.

Lo ideal es que el clínico pueda mantener al sujeto en observación durante un período prolongado de abstinencia (p. ej. 4 semanas).

Sin embargo, puesto que estos períodos de abstinencia son difíciles de conseguir, el clínico puede necesitar apoyarse en otros datos, como son la comprobación de si los síntomas psicóticos se exacerban por la sustancia y se atenúan cuando su consumo se interrumpe, la gravedad relativa de los síntomas psicóticos en relación a la cantidad y duración del consumo de la sustancia, y el conocimiento de los síntomas característicos que produce cada sustancia (p. ej. es típico que las anfetaminas produzcan ideas delirantes y estereotipias, pero no embotamiento afectivo o síntomas negativos manifiestos).

Es difícil distinguir la esquizofrenia del **trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos** debido a que las alteraciones del estado de ánimo son frecuentes durante las fases prodrómica, activa y residual de la esquizofrenia. Si los síntomas psicóticos se presentan exclusivamente durante períodos de alteración del estado de ánimo, el diagnóstico debe ser el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos.

En el trastorno esquizoafectivo debe producirse un episodio de alteración anímica en concurrencia con los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, los síntomas afectivos deben estar presentes durante una parte sustancial de la duración total de la alteración y las ideas delirantes o las alucinaciones deben estar presentes durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos claros.

Por el contrario, en la esquizofrenia los síntomas afectivos tienen una duración breve en relación con la duración total de la alteración, se presentan sólo durante las fases prodrómica o residual, o no cumplen totalmente los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo.

Puede realizarse un diagnóstico adicional **de trastorno depresivo no especificado o de trastorno bipolar no especificado** cuando existen síntomas afectivos clínicamente significativos que cumplen totalmente los criterios para un episodio de alteración anímica superpuesto a la esquizofrenia.

La esquizofrenia de tipo catatónico puede ser difícil de distinguir de un **trastorno del estado de ánimo con síntomas catatónicos**.

Por definición, la esquizofrenia difiere del **trastorno**

esquizofreniforme por su duración. La esquizofrenia implica la presencia de síntomas (incluidos los síntomas prodrómicos o residuales) durante al menos 6 meses, en tanto que la duración total de los síntomas en el trastorno esquizofreniforme debe ser de al menos 1 mes pero de menos de 6 meses. El trastorno esqui/ofrem forme también exige que no haya un deterioro de la actividad.

El **trastorno psicótico breve** se define por la presencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, o comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, que dura por lo menos un día, pero menos de 1 mes.

El diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia y el **trastorno delirante** se basa en la naturaleza de las ideas delirantes (no extrañas en el trastorno delirante) y en la ausencia de otros síntomas característicos de la esquizofrenia (p. ej. alucinaciones, lenguaje o comportamiento desorganizados, o síntomas negativos manifiestos).

El trastorno delirante es particularmente difícil de diferenciar del tipo paranoide de la esquizofrenia, porque este subtipo no incluye una marcada desorganización del lenguaje, comportamiento desorganizado o afectividad aplanada o inapropiada y está asociada a menudo a un menor deterioro de la actividad de lo que es característico en los otros tipos de esquizofrenia. Cuando en el trastorno delirante hay una actividad psicosocial empobrecida, acostumbra a ser una consecuencia directa de las mismas creencias delirantes.

Puede establecerse un diagnóstico de **trastorno psicótico no especificado** si no se dispone de información suficiente para elegir entre esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (p. ej.

trastorno esquizoafectivo) o para determinar si los síntomas están producidos por alguna sustancia o son resultado de una enfermedad médica. Estas dudas son especialmente frecuentes en las primeras etapas del curso del trastorno.

Aunque la esquizofrenia y los **trastornos generalizados del desarrollo** (p. ej. el trastorno autista), comparten alteraciones del lenguaje, la afectividad y el contacto interpersonal, pueden diferenciarse de varias formas.

Los trastornos generalizados del desarrollo se detectan de forma característica durante la niñez o la primera infancia (habitualmente antes de los 3 años), mientras que un inicio tan temprano es raro en la esquizofrenia.

Además, en los trastornos generalizados del desarrollo hay una ausencia de ideas delirantes y alucinaciones evidentes, hay anormalidades más importantes en la afectividad y no hay lenguaje o es muy limitado, caracterizándose por estereotipias y anormalidades en la prosodia.

En ocasiones, la esquizofrenia se presenta en sujetos con un trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico de esquizofrenia sólo es apropiado en los sujetos con un diagnóstico previo de trastorno autista u otro trastorno generalizado del desarrollo si ha habido ideas delirantes o alucinaciones acusadas durante al menos 1 mes.

La esquizofrenia de inicio en la infancia debe distinguirse de los **cuadros infantiles que combinan el lenguaje desorganizado (de un trastorno de la comunicación) y el comportamiento desorganizado (del trastorno por déficit de atención con hiperactividad).**

La esquizofrenia comparte características (p. ej. ideación paranoide, pensamiento mágico, evitación social y lenguaje vago y digresivo) y puede ir precedida de los **trastornos esquizotípicos, esquizoide o paranoide de la personalidad**.

Es correcto establecer un diagnóstico adicional de esquizofrenia cuando los síntomas son tan graves como para cumplir el Criterio A de esquizofrenia.

El trastorno previo de la personalidad puede registrarse en el Eje II seguido del término «premórbido» entre paréntesis (p. ej. trastorno esquizotípico de la personalidad [premórbido]).

3.7 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

La aparición de los medicamentos antipsicóticos partir de 1950, ha modificado no sólo los síntomas y la evolución de la enfermedad, sino también la forma de asistencia tradicional, limitando la duración de las hospitalizaciones y facilitando el tratamiento ambulatorio.

La efectividad de los antipsicóticos esta claramente establecida. Centenares de estudios controlados han mostrado que son netamente superiores al placebo, así el grupo control reciba psicoterapia individual, terapia de grupo u otras formas de tratamiento psicosocial.

Además, se ha observado que la ausencia de tratamiento durante un episodio agudo, o un tratamiento inadecuado en dosis o duración, producen efectos nocivos en el paciente al permitir la cronicidad de los síntomas e incrementar el deterioro

cognoscitivo.

3.7.1 Fase aguda

El paciente debe ser hospitalizado en caso de presentar pérdida notable del sueño, alucinaciones auditivo verbales imperativas, ideas delirantes persecutorias intensas o peligro de autoagresión o suicidio agitación psicomotriz o posibilidad de agresión a terceros

Si el paciente no presenta estos síntomas puede participar del tratamiento ambulatorio.

Los diferentes antipsicóticos han demostrado ser eficaces en la disminución del componente delirante y alucinatorio, por lo tanto, la elección del antipsicótico debe tener en cuenta, si se trata del primer episodio de la exacerbación de los síntomas, la respuesta a tratamientos anteriores, historia familiar de respuesta terapéutica, el perfil de efectos secundarios y la comorbilidad con depresión, alcoholismo, abuso de sustancias psicoactivas o con otras entidades médicas.

En general, los antipsicóticos poseen sedantes, siendo mayor el efecto sedante de los neurolepticos o antipsicóticos típicos, como la clorpromacina y el haloperidol, que producen efectos adversos como hipotensión postural y síntomas extrapiramidales como distonía muscular, parkinsonismo, acatisia y disquinesia tardía. La ventaja de estos dos fármacos es su presentación en forma parenteral y la amplia experiencia que se tiene, especialmente en los cuadros de agitación psicomotriz.

Los antipsicóticos atípicos logran la tranquilización del paciente, sin sedación, lo cual permite una mayor adherencia al tratamiento.

Afortunadamente ya se cuenta con la forma parenteral de algunos de ellos (ziprasidona, olanzapina) lo cual permite su utilización en las crisis de agitación.

El tratamiento puede iniciarse con dosis variables, de acuerdo con el fármaco elegido.

Por ejemplo, el haloperidol requiere la administración de varias dosis al día, en tanto que la olanzapina o la risperidona se administran una o dos veces al día, dependiendo de la intensidad de la crisis de agitación.

En algunos casos de agitación, es necesario administrar una benzodiacepina como coadyuvante (2-4 mg de lorazepam, cada 12 horas, 1-2 mg de clonacepam cada 12 horas), teniendo en cuenta que estos fármacos pueden, paradójicamente, producir desinhibición y conducta agresiva. No deben utilizarse por un tiempo mayor a dos semanas.

Los síntomas como agitación psicomotriz, hostilidad e insomnio, tienden a desaparecer en los cinco primeros días, por el efecto sedante de los antipsicóticos. Las alucinaciones se reducen en las primeras dos semanas, en tanto que las ideas delirantes desaparecen más lentamente, pero con frecuencia a la sexta semana han disminuido ostensiblemente los síntomas positivos, tanto a nivel clínico como en las puntuaciones de las escalas como la PANNS y la BPRS.

Los síntomas negativos revierten en forma lenta, especialmente cuando se emplean antipsicóticos atípicos, que han demostrado en diferentes estudios ser más eficaces que el haloperidol, fármaco que en algunos estudios ha mostrado empeorar el déficit cognoscitivo.

Es preferible emplear un solo antipsicótico hasta alcanzar las dosis plenas, siempre y cuando no aparezcan efectos indeseables, los cuales regularmente desaparecen al reducir las dosis o suspender el fármaco.

Las asociaciones entre varios antipsicóticos han demostrado aumentar su efectividad y sólo se debe utilizar en casos de esquizofrenia refractaria o crónica.

3.7.2 Fase de sostenimiento

La dosis del antipsicótico no debe ser reducida durante los seis primeros meses, para evitar las recaídas tempranas.

La duración del tratamiento es algo que merece un análisis de acuerdo con las características clínicas individuales, los antecedentes y las condiciones ambientales.

La gran mayoría de pacientes necesitará un tratamiento por tiempo indefinido, afirmación que se desprende de los resultados de diferentes estudios que demuestran como la posibilidad de recaídas es dos a tres veces más alta cuando se recibe placebo que cuando se recibe un antipsicótico (83% y 33% respectivamente).

Pese a recibir medicación, un número importante de pacientes recae, lo cual pone de presente la importancia de las medidas de tratamiento psicosocial (psicoeducación, entrenamiento en habilidades sociales etc.)

Los pacientes con esquizofrenia muestran muy bajos niveles de adherencia al tratamiento, bien sea farmacológico o psicoterapéutico, debido a su poca capacidad de introspección, al estigma de la enfermedad, al desconocimiento de la etiología y el

curso de los síntomas, a los efectos indeseables de los antipsicóticos y a la percepción por parte del paciente de posibles efectos negativos, como la llamada "disforia de los neurolépticos".

Un factor implicado en las recaídas, es la falta de adherencia del paciente al tratamiento, que se manifiesta en la toma irregular o en la suspensión del tratamiento farmacológico. En estos casos, pueden ser útiles los antipsicóticos de depósito como el decanoato de flufenazina, el palmitato de pipotiazina y el decanoato de haloperidol.

El decanoato de flufenazina, viene en ampollas de 25 mg, para aplicación intramuscular (IM) y cuyo efecto terapéutico tiene una duración aproximada de dos semanas. El palmitato de pipotiazina viene en ampollas de 25 y 100 mg y la duración de su efecto terapéutico es de 4 semanas. El decanoato de haloperidol se presenta en ampollas de 50 mg con efecto terapéutico de 4 semanas.

Actualmente, se encuentran en desarrollo presentaciones de depósito de risperidona y olanzapina.

Aproximadamente un 70% de los pacientes responden adecuadamente al tratamiento antipsicótico, en los casos restantes es necesario utilizar la clozapina o administrar dos o más antipsicóticos.

La clozapina ha mostrado eficacia en pacientes resistentes o refractarios, es decir, aquellos que han fallado a tres ensayos de otras medicaciones. Las dosis iniciales son de 25-50 mg diarios, dosis que se aumenta hasta lograr la respuesta terapéutica, la mayoría responde con dosis entre 200-500 mg diarios.

* Las pautas diagnósticas de la esquizofrenia son un camino que guía al profesional para establecer un tratamiento y un pronóstico adecuado para así lograr un adherencia al tratamiento farmacológico como psicoterapéutico ya que la evolución de la esquizofrenia es heterogénea y no siempre deteriorante.

CAPITULO IV

CENTRO DE RECUPERACIÓN E INTERNAMIENTO PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN (CREIAD).

En este capítulo trata de dar a conocer a cerca de cómo es que se conformó el centro CREIAD, cuál es su historia, quiénes participan de él, cómo se trabaja en esta institución y la ayuda que brinda a todos y cada unos de las personas que se encuentran internadas en este lugar.

4.1 RESEÑA HISTÓRICA

CREIAD denominado de esta forma por su significación como “Centro de recuperación e internamiento para personas con problemas de alcoholismo y drogadicción”; fue creado aproximadamente hace diez años por el señor Marcelo Limaico una persona ex adicta, que vio la necesidad de ayudar a personas que se encontraban en la situación de vida que él en algún momento tuvo que pasar, por lo que el centro se inició con el nombre de “Fundación Marcelo Limaico”.



Este es un centro de tratamiento situado en la ciudad de Cuenca, que cuenta con una modalidad residencial (internamiento), como consulta externa.

El CREIAD, está dirigido a hombres y mujeres de todas las edades, con un modelo profesional de atención que combina la participación de adictos en recuperación con años de sobriedad debidamente capacitados y entregados en guiar el cambio conductual de otros adictos. De este centro se encargan profesionales de salud mental especializados en adicciones y enfermedades mentales.

Cuenta con un equipo multidisciplinario como:

- 1 Director : Marcelo Limaico
- 2 Psicólogo Clínico : Silvio Crespo
- 3 Psiquiatra : Dr. Patricio Cabrera
- 4 Médico General : Dr. José Cañar
- 5 Trabajadora Social : Elvira Cabrera



- 6 Terapeuta Vivencial: Carlos Sánchez y Octavio Jiménez
- 7 Terapeuta Ocupacional : Rotativos Terapeuta espiritual
- 8 Terapeuta espiritual
- 9 Personal de mantenimiento y seguridad
- 10 Personal de Nutrición
- 11 Personal Administrativo y Contabilidad

Además de dedicarse al tratamiento de adicciones, el CREIAD hace pocos años amplió su cobertura en salud mental para ahora dirigirse a tratar también de manera ambulatoria e internamiento para personas con padecimientos como:

- 1 Esquizofrenia
- 2 Depresión
- 3 Intentos de Suicidio
- 4 Ansiedad
- 5 Desórdenes de la alimentación
- 6 Trastornos sexuales
- 7 Fobias
- 8 Obsesiones
- 9 Trastornos orgánicos

4.2 OBJETIVOS DEL CENTRO

El “Centro de recuperación e internamiento para personas con problemas de alcoholismo y drogadicción” (CREIAD), tiene como objetivos principales:

- 1 Proporcionar a los enfermos que padecen de enfermedades mentales y adictivas, una oferta de atención integral.
- 2 Una prevención de salud mental.
- 3 La reinserción de la persona a la sociedad.

4.3 VISIÓN

Este centro de tratamiento, tiene como visión el localizar los problemas adictivos en todos los estratos sociales, además busca tener una visión global del fenómeno para de esta manera poder mirar de una forma sectarista el problema de la drogadicción y también de las enfermedades mentales.

4.4 MISIÓN

Como misión el CREIAD, pretende la recuperación global del sujeto, esto es no tan solo un tratamiento o cura del problema; sino que además se preocupa de la reaserción de la persona a la sociedad, a través de programas de psicoeducación.



4.5 REALIDAD DEL CENTRO

El CREIAD, cuenta con una infraestructura, equipamiento y profesionales debidamente capacitados y entrenados; capaces de brindar un tratamiento integral y humanístico conforme a los más recientes adelantos científicos que incluye:

- 1 Diagnóstico
- 2 Farmacoterapia
- 3 Psicoterapia individual
- 4 Psicoterapia familiar
- 5 Terapia ocupacional y recreativa
- 6 Reinserción y Seguimiento

Se realiza diariamente terapia ocupacional con el objetivo principal de la reinserción a la sociedad, capacitando a los pacientes con cursos de panadería, carpintería, metal madera, ocupación en el campo avícola, etc.



Es válido recalcar que los terapeutas vivenciales son exadictos, con dos años libres de toxinas en su cuerpo, y preparados previamente por cursos dictados por la CONSEP (Consejo nacional de sustancia estupefacientes y psicotrópicas), que certifican su preparación y compromiso para poder trabajar de esta manera.

El centro tiene dos sucursales ubicadas en la avenida Ordóñez Lazo Km 7. a 100 metros del puente de Balzay y su matriz en Chaullabamba, en la Panamericana Norte Km 12, junto a la estancia “Casa Blanca”.



Actualmente el “Centro de recuperación e internamiento para personas con problemas de alcoholismo y drogadicción”, cuenta con un volumen de 54 pacientes; los mismos que 13 sufren de

adicción, 3 con problemas psiquiátricos y el resto que se encuentra con diversos problemas conductuales.



* El centro CREIAD, se especializa en el tratamiento de alcohólicos y drogadictos, con ayuda tanto farmacológica como psicológica, además se preocupa de la relación del paciente con sus familiares para que se llegue a buenos resultados. Ahora el CREIAD, también ha ampliado sus horizontes, tratando de atender también otras enfermedades mentales como la esquizofrenia, por lo que cuenta con mayor personal capacitado para estos casos.

CAPITULO V

PSICOEDUCACIÓN A FAMILIAS DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

El siguiente capítulo trata de dar a conocer a cerca del trabajo de psicoeducación que se realizó con los pacientes del centro CREIAD, y su familia, por un lapso de 4 meses.

Psicoeducación que tiene como objetivo principal, reducir los niveles de ansiedad que sufre tanto la familia, como el paciente que padece de esquizofrenia.

5.1 TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN: Desde un enfoque sistémico familiar.

Dentro de la teoría de la comunicación, interacción y conducta explicada por **Bateson**³², da a conocer su influencia en la mayoría de las corrientes de la terapia familiar sistémica, la Pragmática de la Comunicación Humana, el constructivismo, la antipsiquiatría, la contracultura de los años setenta, etc.

Algunos de los primeros trabajos de este autor dejan ver sus fundamentos comunicativos al centrarse en los estudios de los modos en que la cultura evoluciona y se perpetúa a sí misma incluyendo, los mecanismos mediante los cuales los individuos son incorporados a ella. Por lo tanto en los dichos mecanismos En dichos mecanismos juegan un papel fundamental el aprendizaje y la interacción.

³² BATESON, G.: "Paradigmatic Conservatism", en *Rigor & Imagination. Essays from the Legacy of Gregory Bateson*. New York: Praeger, 1981. pág. 347-355

Dentro del terreno psiquiátrico con la obra "*Communication. The Social Matrix of Psychiatry*" (1951), Batenson convierte la comunicación en hilo conductor a través del cual se puede tomar como un referente un número de fenómenos y propone la creación de un modelo capaz de vincular a todas las ciencias sociales en un estudio de las relaciones entre individuo, grupo y cultura.

Este sistema explicativo global conjugaría, según los autores, la teoría sobre la comunicación con una teoría sobre los valores y sobre los enunciados antropológicos acerca de la cultura. A partir de esta tríada se podrían observar el funcionamiento y las características de las diversas redes comunicativas.

Dentro de lo citado por el autor lo importante sería, las relaciones de las personas como un elemento en el medio para el mecanismo de una retroalimentación.

La perspectiva interactiva batesoniana, traducida al campo de la teoría de la comunicación, implica que:

- El objeto de interés no es en primera instancia el sujeto enunciator sino la constitución de patrones interactivos
- En la constitución de dichos contextos, el tipo de relación que se establece es tanto el criterio definidor como el procedimiento organizador.
- La retroacción del contexto sobre los interlocutores tiene importantes consecuencias pragmáticas y semióticas, pues no sólo determina la conducta de éstos sino que marca igualmente su desarrollo como sujetos comunicativos.

Desde estas claves parece establecerse una plena identificación entre comunicación y comportamiento, acercándonos la obra batesoniana de la Pragmática de la Comunicación Humana.

La identificación de comunicación y comportamiento supone una superación del simplismo de la distinción verbal/no verbal, ya que de ella depende en gran medida la concepción de la comunicación como un proceso social que integra múltiples modos de comportamiento o como un conjunto de procesos sociales identificados con múltiples modos de conducta.

5.2 FAMILIA DEL ESQUIZOFRÉNICO - ENFOQUE SISTÉMICO FAMILIAR

5.2.1 Familia del Esquizofrénico.- Una perturbación de uno de los miembros de la familia, según Hoffman³³, constituye un reto para el terapeuta, sobre todo si se trata de perturbaciones esquizofrénicas ya que se dan problemas en la elaboración de un consenso terapéutico familiar.

Para estipular un contrato que sea claro entre el terapeuta y la familia del enfermo se necesita que sea claro y confiable por parte de todos, en especial se necesita que se de un foco de atención común.

Las últimas investigaciones familiares realizadas por Wynne y Singer han demostrado que en la mayoría de las familias con integrantes esquizofrénicos no se da esa capacidad o voluntad comunicativa. Por lo contrario en este tipo de familias se van instituyendo tipos de comunicación que confunden a las personas que participan de la misma desde fuera, las vuelven impotentes.

³³ Hoffman, "Fundamentos de la terapia familiar, un marco conceptual para el cambio de sistemas", México: Fondo de la cultura económica, pág, 33 a 37

Se puede hablar de estilos de comunicación esquizofrénicos, los integrantes de la familia, parecen entenderse; parecen decirse necesidades hasta volverse trastornados; descalifican de un modo sutil lo que acaban de decir.

Se han generalizado una infinidad de términos para poder calificar este tipo de comunicación familiar esquizofrénica, que puede fomentar a la misma y a las cualidades sistemáticas.

Si existen perturbaciones de comunicación graves de este tipo, faltan los requisitos necesarios para poder estipular ese necesario contrato terapéutico, precisamente en esas familias en las que una terapia familiar es lo más indicado. Por lo tanto al terapeuta se le plantea la tarea difícil de crear las bases para un contrato y un pacto de trabajo, necesarios para el tratamiento de una familia de un esquizofrénico.

Estas bases de contrato constituyen las estructuras necesarias, expectativas precisables y puntos de orientación confiable.

La mayoría de los pacientes index esquizofrénicos fueron empujados a un desarrollo psicológico desigual, por lo que son además especialistas en la supervivencia simbiótica. A menudo se les delegó mediar entre padres enfrentados y de este modo distraer a los padres de una explosión emocional mediante la aportación de problemas. A más de esto algunas veces sirven para la auto-observación y auto-justificación paternas al dejarse reclutar como portadores de las debilidades y locuras negadas por los padres. Algunas veces también tienen que vivir una vida no vivida de un hermano trágicamente muerto y aun no llorado.

Pero tales conflictos de encargo y lealtad no se pueden articular ni se vuelven accesibles a un cómputo de méritos hasta que todos los miembros de la familia no participen en el juego de las descalificaciones y la obnubilación de la destrucción del sentido y

del significado de su conducta y cimenten de esta forma el clinch familiar maligno.

En la primera entrevista el terapeuta debe dejar bien claro que no participará en el juego que lleva la familia aunque muchas veces pueda parecer que se incluye en el sistema de comunicación y de relación de la familia. Esta actitud del terapeuta debe ir combinado con un compromiso esperanzador y activo, esta es una buena manera de proceder contra la resignación y la expectativa de que la enfermedad pueda adquirir un curso funesto hereditariamente programado, expectativa implantada en la familia de los esquizofrénicos, por médicos y terapeutas anteriores.

Ello sin embargo no debe provocar que el terapeuta desista de plantear desde un comienzo de modo realista y de tener en cuenta las largas estancias en clínicas de tratamientos previos inadecuados y eventuales ligazones de lealtad a médicos o instituciones.

Berger³⁴ , acota que en la primera conversación familiar se debe tratar sobre los tipos de tratamientos ya tratados o los que están iniciados; así mismo de las expectativas depositadas en la terapia familiar como de las relaciones establecidas con otros médicos o representantes de otras profesiones relacionadas con la enfermedad.

Si no se da un trabajo integrativo entre el terapeuta y las instituciones, el trabajo terapéutico familiar esta destinado a un fracaso. La palabra terapia en la mayoría de los casos puede hacer que los familiares se sientan confrontados al paciente creando un frente común de rechazo, por lo que el terapeuta puede proceder de una forma en la que fije una primera

³⁴ BERGER, M. (ed.): *Más allá del doble vínculo. Comunicación y sistemas familiares. Teorías y técnicas empleadas con esquizofrénicos*. Barcelona: Terapia familiar, 1993, págs, 53 a 59.

conversación en la que se aclare la cuestión de que si se puede o no exigir nuevas conversaciones a los miembros de la familia.

Es necesario discernir si se debe trabajar desde un comienzo solo con el paciente index o con toda la familia en sesiones conjuntas. Es importante incluir en los casos a la generación de los abuelos desde un principio.

Para tratar el tema de la esquizofrenia, no solo es importante tocar el tema de la comunicación, es necesario que tanto las familias de los pacientes esquizofrénicos como el paciente mismo, sepan a cerca de su enfermedad y la manera de tratar por lo que se puede hablar de una “Psicoeducación”.

5.3 PSICOEDUCACIÓN

Al hablar de una Psicoeducación, se tienen que tomar en cuenta dos ámbitos muy importantes como la salud (proceso que implica en todos los sentidos) y la educación (trabajo intelectual) que no se los puede tratar por separado. La educación se inicia en la primera institución que es la familia, y que por supuesto está insertada en una cultura llena de normas y valores, la misma que es la encargada de formar e instruir estableciendo límites a sus integrantes.

El tipo de educación que se necesita es aquella que implica proporcionar información de una determinada situación de modo coherente, precisa, sencilla, presentando al educando los elementos necesarios para que comprenda de un tema singular, estimulando conductas adecuadas a la misma.

El objetivo principal al que se debe enfocar es al de proteger a las personas que de una u otra manera se encuentran dentro de alguna situación, para de esta forma se modere la ansiedad generada por el desconocimiento y/o desinformación del

problema, permitiendo de este modo el acceso a conductas más adaptadas, menos ansiosas; para que así se pueda elevar la calidad de vida de las personas.

Es decir la tarea misma de la psicoeducación es tratar de que el problema sea afrontado, que la situación vivida sea aceptada, y por lo tanto asumida, que la persona pueda posicionarse críticamente frente al problema, para de esta manera comenzar a pensar en un nuevo proyecto de vida.

Con respecto de la psicoeducación, también se debe hablar de la salud como un proceso histórico-social, basándola en la realidad que domina su determinación.

Además de acotar que se constituye como un producto social en la medida en que es un resultante y depende de esas acciones que realizan a favor o en los diversos actores sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de las poblaciones.

Se pueden dar algunas definiciones de salud:

OMS 1946: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la mera ausencia de enfermedad”.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1992. “La salud ha sido concebida como un de bienestar físico, psíquico y social, que implica un “normal” funcionamiento orgánico y una adaptación biológica del individuo a su ambiente, todo lo cual le permite realizar su trabajo habitual. Pero esta concepción representa una situación ideal, que se alcanzaría solo por excepción. Es necesario concebir la salud como un proceso, esencialmente dinámico, en el cual la condición de “sano” y

“enfermo” son dos momentos de un mismo proceso. Como objeto de estudio, este puede considerarse al nivel individual o al nivel colectivo. La mortalidad que se analiza en los estudios de población, se incluye en este último nivel.

Jakarta 1997: (Declaración sobre la promoción de la salud) “Los requisitos para la salud comprenden: la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, la alimentación, el ingreso, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de los recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad, sobre todo la pobreza es la mayor amenaza para la salud”.

Por lo tanto se pueda acotar que la Psicoeducación es un instrumento que se ubica tanto en la prevención, asistencia y rehabilitación de la salud. Un instrumento que se lo puede tomar como prevención si se acota que es todo recurso que permite reducir o disminuir y hasta interrumpir la progresión de una enfermedad.

Se trata con esto no solo de evitar, sino que además una vez instalada la enfermedad, se trate de detener el curso hasta conseguir el caso de ser posible, o de retrasar su progresión el máximo tiempo que se puede, en caso de no serlo.

Dentro de las actividades preventivas se encuentran tres niveles: prevención Primaria, Secundaria, Terciaria.

Prevención Primaria: tiene como objeto disminuir la probabilidad de ocurrencia de las afecciones y enfermedades.

Las medidas de prevención actúan en el período pre-patológico.

Se distinguen dos tipos de actividades de Prevención Primaria:

a) Promoción de la salud

b) Protección de la salud.

La Promoción de la salud busca el bienestar general. Por Ej. educación sanitaria, vivienda, recreación, educación sexual, nivel nutricional, genético, examen periódico de salud.

b) La protección de la salud: medidas aplicadas a una enfermedad o grupo de enfermedades tendientes a interceptar las causas antes que involucren al hombre. Por Ej: Saneamiento ambiental, inmunizaciones etc.

Prevención Secundaria: tienen como objeto de evitar la propagación y la transmisión de la enfermedad hacia otros. Las actividades se desarrollan en el período patológico.

Las actividades son: diagnóstico precoz, tratamiento inmediato, prevenir complicaciones, prevenir la incapacidad prolongada.

Prevención Terciaria: (rehabilitación) actúa cuando las lesiones patológicas son irreversibles y la enfermedad está establecida.

Su objetivo es volver al individuo afectado a un lugar útil en la sociedad y utilizar las capacidades de funcionamiento.

La rehabilitación contiene elementos físicos, psicológicos y sociales. El éxito de ella dependerá de adecuados recursos dentro de la institución familiar, hospitalarias, industriales y la comunidad.

Estos niveles preventivos no son incompatibles entre sí, no se excluyen sino que se complementan, enriqueciéndose mutuamente en su implementación conjunta con el fin de mejorar la calidad de vida.

5.4 INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA A FAMILIAS DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS EN EL CENTRO CREIAD.

Antes de realizar una intervención terapéutica a las familias de los pacientes esquizofrénicos, se vio la necesidad de aplicar una serie de reactivos para poder palpar el estado en que se encontraba con respecto a la enfermedad el paciente.

Por lo se realizaron los siguientes tests:

- Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS).
- Escala para el Síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS).
- EPQ-A Cuestionario de personalidad para adultos
- Inventario de depresión de Beck
- Test de Inteligencia (WAIS)
- Test de la familia
- H.T.P.



n

Los tests, antes mencionados se pudo evaluar a los pacientes que se nos derivó para nuestra investigación, que fueron tres: M.F, M.C, F.A; los mismos que tienen un diagnóstico de “Esquizofrenia paranoide”. Diagnóstico brindado por los profesionales del CREIAD.

A continuación se pone a conocimiento los resultados e interpretaciones de los casos tomados para el estudio:

5.4.1 Casos Clínicos

CASO UNO

INTERPRETACION DEL H.T.P.

1. Observaciones Generales:

Biografía: (M.C.)

Paciente de 44 años de edad, divorciada, es madre de dos hijos, se dedicaba a los quehaceres domésticos, actualmente está internada en el centro CREIAD, ya que en los últimos meses ha mostrado conductas extrañas que han atentado con su propia seguridad; además se ha mostrado ansiosa, con su ánimo deprimido y con una pérdida marcada de interés por sus actividades diarias.

Actitud:

La actitud del individuo hacia el H.T.P. proporciona información acerca de que tanto el sujeto rechaza una tarea nueva y probablemente difícil, sin embargo, en términos generales la paciente se mostró muy colaboradora a la prueba luego de ser explicada la consigna de la misma.

Tiempo, Latencia, Pausas:

La paciente al dibujar la casa a lápiz ocupó un tiempo de dos minutos con quince segundos, con una latencia de diez segundos; el tiempo ocupado en el dibujo del árbol fue de un minuto con quince segundos presentando una latencia de cinco segundos.

En el dibujo de la persona ocupó un tiempo de dos minutos con diez segundos, teniendo una latencia de cinco segundos.

Comentarios:

Cuando la paciente realizaba el dibujo de la casa lo primero que dibujo fue la línea de base comentando que es “el terreno”; además durante el dibujo del árbol la paciente comentó primero “este es el terreno”; y al terminar el mismo dijo: “es un árbol frutal”. Al momento de ser dibujada la persona, la paciente comentó con mucha énfasis “que este feliz”; indicando explícitamente sus sentimientos de depresión ya que en el interrogatorio posterior hace referencia a que las personas deben ser alegres.

Habilidad crítica:

En el dibujo de la casa la paciente realizó dos borraduras: cúpula del árbol y en la parte izquierda al lado de la casa, ya que su dibujo es muy simétrico,

También en la persona la paciente presentó una sola borradura en la parte del tronco, lo que puede indicar un conflicto con esa parte del cuerpo.

No existen borraduras en el dibujo del árbol.

Interrogatorio posterior:

Durante el interrogatorio posterior, la paciente estuvo colaboradora, realizando esta tarea con agrado.

En las preguntas sobre la casa hizo énfasis de que la casa es la que ella siempre ha anhelado tener, además le recuerda a su hogar, ya que en esa casa existía mucha unión familiar y las personas que llegaban a su casa siempre eran bien recibidas.

Al preguntarle a quien le recuerda la casa, la paciente expresa que le recuerda la época en que se encontraba casada, cambiando de manera repentina su expresión facial y quebrándose su voz.

En el interrogatorio acerca de la persona, la paciente hace referencia que es su hija y mientras realizaba el dibujo expresa que “pensaba en su hija” ya que no la ve muy seguido, la extraña y manifiesta que le gustaría verla; también es evidente en este interrogatorio la necesidad de cariño y protección que demanda la paciente de su familia, especialmente de sus hijos.

A cerca de la entrevista del árbol, la paciente se identifica con el dibujo ya que manifiesta que es ella ya que es un árbol fuerte y vivo y que aún puede dar más frutos, proyectándose como una persona productiva con ganas de vivir y ser reconocida por la gente que le rodea. (Esta en un grupo de árboles).

2. Interpretación de la casa:

La casa genera una mezcla de asociaciones concientes e inconcientes acerca del hogar y de las relaciones interpersonales íntimas. Para el adulto, representa el ajuste a la situación doméstica en general, y más específicamente, al cónyuge y a los hijos.

El dibujo de la casa es un indicador de la habilidad del sujeto para funcionar bajo las tensiones de las relaciones humanas íntimas y para analizar de manera crítica los problemas creados por situaciones dentro del hogar.

Proporción:

En general la proporción del dibujo de la casa es pequeño indicando inseguridad, aislamiento, descontento y regresión, los detalles en la imagen de la simetría es moderada indicando ansiedad.

Perspectiva:

El dibujo está ubicado en la parte central de la página siendo un indicador de rigidez y además una regresión ya que este tipo de ubicación es común en los niños pequeños.

En cuanto con la relación con el observador el dibujo tiene una perspectiva vista a distancia indicando inaccesibilidad, sentimientos de rechazo y la situación del hogar fuera de control.

Su línea de base nos indica necesidad de seguridad y ansiedad; por lo que su dibujo tiene transparencia siendo un indicador de una mala orientación en la realidad.

Detalles:

Los detalles en el dibujo de la casa son excesivos mostrando obsesividad y compulsividad y ansiedad; existe una omisión de la chimenea por lo tanto nos da un indicio de falta de afecto en el hogar.

La puerta es grande con relación al dibujo y cerrada mostrándonos dependencia y defensividad.

El techo es dibujado en una sola línea siendo indicador de constricción; los muros son dibujados como delgados y débiles indicando que sus límites con el Yo son débiles; las ventanas están dibujadas como abiertas (esto se constata en el interrogatorio posterior); comprobando así que existe poco control del YO.

Detalles irrelevantes:

En el dibujo realizado por la paciente existe la presencia de caminos largos siendo un indicador de aislamiento.

Secuencia de detalles:

Lo usual es el techo, los muros, la puerta y la ventana o la línea de base, los muros y el techo. Lo único que varió en este dibujo fue el dibujo de la cruz y los detalles de los árboles y el camino largo empedrado.

Calidad de la línea:

La línea del dibujo es débil presentando así indecisión, miedo, inseguridad y un YO débil, reafirmando esto en algunos aspectos del dibujo de la casa.

3. Interpretación del árbol:

Proporción:

La proporción del dibujo del árbol es grande, por lo tanto nos indica que existe un ambiente restrictivo, de tensión y compensación.

Perspectiva:

El dibujo está ubicado en la parte superior de la página, siendo un indicador de lucha no realista, fantaseo y frustración por parte del examinado.

En relación con el observador, el dibujo proyecta una visión desde arriba siendo esto un factor de rechazo, grandiosidad compensatoria; la línea de base del dibujo es débil, por lo tanto indica necesidad de seguridad y ansiedad.

Detalles:

En el dibujo no existen detalles excesivos, ni extravagantes; pero los detalles esenciales están como el tronco y las ramas. Las ramas están envueltas como algodón indicando sentimientos de culpa; las raíces en forma de espejo muestran una psicosis.

La copa del árbol está dibujada en forma de nube indicando una marcada fantasía, el árbol está dibujado en una depresión de la línea de base siendo éste detalle un indicador de inecuación por parte del examinado.

El tronco del árbol es unidimensional mostrando una organicidad; el árbol en general es de tipo frutal siendo esto indicador de dependencia e inmadurez que por lo general esto es común en los niños pequeños.

Detalles no esenciales:

La corteza del árbol es delgada mostrando poco contacto con la realidad y una posible organicidad; el árbol tiene dibujos de frutos, siendo este un indicador de dependencia.

La calidad de la línea del dibujo es débil por lo tanto existen sentimientos de indecisión, miedo, inseguridad y un YO débil.

Secuencia de los detalles:

Los detalles al ser dibujos usualmente tienen la siguiente secuencia: tronco, ramas, follaje o la punta, las ramas, y el tronco.

La secuencia del dibujo fue la siguiente: terreno (línea de base), raíces, tallo, cúpula y los frutos.

4. Interpretación de la persona:

Proporción:

El dibujo de la persona es grande con respecto del tamaño de la hoja, indicando un ambiente restrictivo, tenso y de compensación. Además el dibujo tiene una simetría excesiva siendo un factor de rigidez y fragmentación.

Perspectiva:

El dibujo está ubicado en la parte inferior de la página siendo esto un indicador de depresión, inseguridad, e inadecuación; en cuanto a la relación con el observador el dibujo es visto a distancia indicando un posible aislamiento; además la línea de base nos indica una posible necesidad de seguridad y ansiedad. La transparencia del dibujo muestra poco contacto con la realidad.

Detalles:

En el dibujo de la persona existe una carencia de detalles, mostrando aislamiento; los brazos son dibujados en forma de alas indicado posibles rasgos esquizoide; la cabeza con respecto al dibujo es grande indicando una posible regresión y grandiosidad.

Los rasgos faciales son dibujados débiles mostrando un posible aislamiento; los ojos son dibujados pequeños siendo un indicador de introversión y voyeurismo, las orejas nos indica posible paranoia y alucinaciones auditivas.

El dibujo de la boca indica rasgos de dependencia y la nariz preocupación sexual. Las piernas están dibujadas separadas siendo indicador de agresión y el torso junto con todo el cuerpo se encuentran fragmentados mostrando una psicopatología grave.

La paciente da énfasis al cabello mostrando preocupación sexual y el cuello es dibujado en forma de espagueti indicando psicosis.

La calidad de la línea es débil indicando por lo tanto indecisión, miedo, inseguridad y un YO débil.

Secuencia de los detalles:

Lo usualmente dibujado es la cabeza y la cara, luego el resto del cuerpo; en el dibujo que realizó la paciente su secuencia fue la siguiente: cabeza, ojos, nariz, boca, orejas, aretes, cabello, pupilas, brazos y pierna, dio mayor énfasis a la cara.

5. Resumen interpretativo:

CASA:

En el dibujo de la casa, es evidente los síntomas de obsesividad, compulsividad y ansiedad que presenta la paciente, durante la realización del dibujo la paciente dio énfasis al camino donde se constata los sentimientos de inseguridad y dependencia que demuestra, además es importante mencionar que existe poco control del Yo, sentimientos de rechazo y la situación del hogar fuera de control.

ÁRBOL:

Por medio del dibujo del árbol, se evidencia que en la paciente vive en un ambiente restrictivo y de tensión; por lo que esta en una constante lucha de aprobación por los demás causándole frustración y por consiguiente una búsqueda constante de seguridad llevándola así a una ansiedad marcada.

Existe poco contacto con la realidad; el árbol tiene dibujos de frutos, siendo este un indicador de dependencia.

La calidad de la línea del dibujo es débil por lo tanto existen sentimientos de indecisión, miedo, inseguridad y un YO débil.

PERSONA:

En este dibujo lo más evidente son los rasgos de dependencia y una marcada preocupación sexual. Además el dibujo tiene una simetría excesiva siendo un factor de rigidez y fragmentación que es común en pacientes esquizofrénicos. La transparencia del dibujo muestra poco contacto con la realidad.

6. Pronóstico:

De acuerdo a los resultados interpretativos del H.T.P.; la paciente vive en un ambiente restrictivo, inseguro, llevándola a que se convierta en una persona dependiente, presente sentimientos de indecisión, miedo y como consecuencia de estos factores la paciente presenta poco contacto con la realidad como una forma de defenderse de su medio; llevándola a tener delirios de persecución, pero a pesar de todos estos acontecimientos el pronóstico de la paciente es bueno ya que son controlados con medicación y psicoterapia, además la mayoría de sus habilidades tanto motoras como cognitivas aun están conservadas.

TEST DE LA FAMILIA

ANÁLISIS INTERPRETATIVO:

1. *Características generales del dibujo:*

El tamaño:

Grande: corresponden a personas que reaccionan habitualmente a las presiones ambientales con actitud agresiva y expansiva

2. *Emplazamiento:*

Centro:

Representa la zona de los afectos y de la sensibilidad

3. *Borraduras:*

Realizó una sola borradura y esto puede ser indicador importante de conflictos emocionales.

4. *La distancia entre los personajes:*

dibujo en estratos:

La distancia emocional entre los distintos personajes de la familia se proyecta en numerosas ocasiones por la distancia física existente entre los mismos en los dibujos. Se nota además un cierto grado de comunicación debido a la ubicación de cada persona dibujada.

5. *Valorización y desvalorización:*

Supresión de un elemento de la familia (padre – esposo):

responde a un mecanismo de defensa consciente en negar una realidad que produce angustia, ante el sentimiento de incapacidad de adaptarse a esa realidad. Los sentimientos del sujeto suelen ser ambivalentes, pudiéndose apreciar la coexistencia del amor y del odio.

Supresión de las manos en los dibujos:

La supresión de las manos en parte o en la totalidad de los personajes dibujados es relativamente frecuente. Dicha supresión suele atribuirse a la insuficiente capacidad analítica; dependiente del desarrollo intelectual, pero también se debe a diferencias individuales en el ámbito de la afectividad.

TEST DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS (WAIS)

El test de inteligencia para adultos (WAIS), constituye una nueva versión del Test de Inteligencia Wechsler-Bellevue (W-B); ya que es muy eficaz para la medición y la evaluación de la inteligencia adulta.

El WAIS consta de 11 pruebas. Seis de estas están agrupadas en la **Escala Verbal (información, comprensión, aritmética, analogías, dígitos, vocabulario)**; las cinco restantes comprenden la **Escala de Ejecución (dígitos-símbolos, completamiento de figuras, diseño con cubos, ordenamiento de láminas, rompecabezas)**; las 11 pruebas están combinadas para formar la escala completa.

RESULTADOS DE LA PRUEBA:

CI DE CADA ESCALA:

CI VERBAL: 100

CI EJECUCIÓN: 88

CI COMPLETA: 94

DIAGNÓSTICO:

1. INTELIGENCIA VERBAL: término medio
2. INTELIGENCIA EJECUCIÓN: normal lento
3. INTELIGENCIA COMPLETA: término medio.

OBSERVACIONES:

La paciente realizó la prueba con agrado, fue colaboradora, en la escala de ejecución fue donde se observó mayor dificultad especialmente en la prueba de completamiento de figuras.

RECOMENDACIONES:

Según los resultados de la prueba y su puntaje global (94) que corresponde a una inteligencia de término medio, la paciente puede tener una vida productiva, con poca ayuda de los demás.

Es indispensable que se mantenga ocupada en tareas que estén involucradas con la ejecución para que no se deterioren con el paso del tiempo dichas habilidades. Pueden ser trabajos manuales, como el bordado, tejido, panadería, etc.

EPQ-A CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD PARA ADULTOS

El EPQ es un desarrollo de varios cuestionarios de personalidad. La gran ventaja de este cuestionario es que se agrega una nueva variable que se llama Psicotisismo, que alude a un rasgo subyacente de la personalidad que presentan todas las personas, si aparece en un grado elevado; predispone al sujeto a la manifestación de una patología psiquiátrica.

Además este cuestionario esta formado por cuatro escalas que son:

1. Escala N (emocionabilidad)
2. Escala E (extraversión)
3. Escala P (dureza o psicotisismo)
4. Escala S (sinceridad)

INTERPRETACIÓN:

Al ser aplicado el cuestionario EPQ-A la puntuación más alta fue de la Escala P (dureza o psicotisismo) con un valor de 99; lo que significa que los sujetos con ésta puntuación son:

- Raros y solitarios, se meten en problemas
- Son fríos y faltos de sentimientos humanitarios con sus compañeros o animales.
- Son agresivos y hostiles incluso con los seres queridos
- Buscan sensaciones dolorosas sin pensar en los riesgos implicados.

OBSERVACIONES:

La paciente durante la prueba se mostró colaboradora a la misma, luego de ser dada la consigna la realizó sin ningún problema.

RECOMENDACIONES:

1. De acuerdo a los resultados del cuestionario, se recomienda, terapia individual y familiar, para disminuir el grado de agresividad y hostilidad que presenta la paciente.
2. Terapia ocupacional para canalizar su energía de una manera positiva y así evitar conductas inadecuadas.
3. Terapia grupal para mejorar su sociabilidad y así evitar el aislamiento.

ESCALA PARA EL SINDROME POSITIVO Y NEGATIVO DE LA ESQUIZOFRENIA (PANSS)

La PANSS consta de 30 ítems que evalúa el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva:

- **Dimensional:** evalúa la gravedad del Síndrome positivo, negativo, y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico
- **Categorial:** clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto.

Los 30 ítems conforman las siguientes 4 escalas:

1. Escala Positiva (PANSS-P): 7 ítems, evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal.
2. Escala negativa (PANSS-N): 7 ítems, evalúa los déficit respecto a un estado mental normal.
3. Escala compuesta (PANSS-C): evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro (positivo y negativo).
4. Psicopatología general (PANSS-PG): 16 ítems, evalúa la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico (depresión , ansiedad , orientación)

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

- **MÁS RESTRICTIVO:** para establecer el tipo de trastorno esquizofrénico utiliza las puntuaciones obtenidas en los ítems de la escala positiva y negativa, por lo tanto el trastorno: **Esquizofrenia Mixta:** (cuando en las dos escalas hay más de dos ítems que obtienen puntuación superior a tres).
- **MENOS RESTRICTIVO:** para establecer el tipo se utiliza la puntuación obtenida en la escala compuesta y más concreto su valencia por lo tanto es el trastorno es: **Negativo** (-13).

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD (HARS)

La HARS es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad, consta de un total de 14 ítems que evalúa los aspectos psíquicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.

Su corrección e interpretación proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. Los puntos de corte recomendados son:

- 0-5: No ansiedad
- 6-14: ansiedad leve
- Mayor a 15: ansiedad moderada/grave.

RESULTADOS DE LA ESCALA:

- Sumatoria total: 22 puntos equivalente: **ANSIEDAD MODERADA/GRAVE.**

Conclusión de caso:

Luego de terminado el tratamiento tanto con la paciente como con su familia, podemos citar que la Psicoeducación ayudó mucho primero a disminuir los niveles de estrés de la paciente como de sus familiares ya que llegaron a conocer a cerca de la enfermedad y su curso; además de aprender a sobrellevar los momentos de crisis como los efectos colaterales.

Fue una familia colaboradora y unida por lo que fue sencillo trabajar con ellos. Además la paciente colaboró con la evaluación y las entrevistas proporcionándonos información valiosa para el trabajo terapéutico.

CASO DOS

INTERPRETACION DEL H.T.P.

1. Observaciones Generales:

Biografía (M.F):

Paciente de 49 años de edad, separada, quien vivió por siete años en los Estados Unidos (N.Y), madre de dos hijas, 20 y 5 años respectivamente; refiere tener buenas relaciones familiares. La paciente es la segunda de cuatro hermanos. Su esposo actualmente no vive con ella ya que se queda residiendo en el país norteamericano. Es una mujer oriunda de Guayaquil. Se encuentra internada actualmente por primera vez en el centro, llegó al mismo por referencia de sus familiares.

Actitud:

La actitud de la paciente hacia el H.T.P. proporciona información acerca de que tanto rechaza una tarea nueva y probablemente difícil, sin embargo, en términos generales la paciente se mostró muy poco colaboradora a la prueba debido a que acotaba que ella es mala para el dibujo y no es una actividad que le guste.

Tiempo, Latencia, Pausas:

La paciente al dibujar **la casa** a lápiz ocupó un tiempo de medio minuto, con una latencia de 30 segundos; el tiempo ocupado en el dibujo del **árbol** fue de medio minuto con una latencia de 10 segundos.

En el dibujo de la **persona** ocupó un tiempo de 20 segundos, teniendo una latencia de 10 segundos.

Cabe recalcar que los individuos que dibujan con una rapidez inusual, al parecer tratan de deshacerse de una tarea poco placentera.

Interrogatorio Posterior:

Durante el interrogatorio posterior, la paciente estuvo poco colaboradora, realizando esta tarea como un deber más, no como una actividad placentera.

En las preguntas sobre la casa: dio énfasis al hablar de su esposo, y de un agrado por vivir con toda su familia. También el dibujo le recordó a sus padres, acotando que esa época era alegre.

En el interrogatorio con respecto al árbol, acota a cerca de los planes que tenía con su esposo, además da a conocer el anhelo de un buen futuro que asegura le espera. Nuevamente trae a colación el recuerdo de su padre y de sus hermanos. Se identifica con el dibujo al referirse que le han lastimando sin darse cuenta.

Con respecto al dibujo de la persona, refiere que es su esposo, esperando una ayuda y un apoyo por parte de él; también refiere que es feliz mirando a toda su familia. Durante todo el interrogatorio tiene frases que se refieren a su esposo y al hogar que juntos formaron.

2. Interpretación de la casa:

La casa genera una mezcla de asociaciones conscientes e inconscientes acerca del hogar y de las relaciones interpersonales íntimas. Para el adulto, representa el ajuste a la situación doméstica en general, y más específicamente, al cónyuge y a los hijos.

El dibujo de la casa es un indicador de la habilidad del sujeto para funcionar bajo las tensiones de las relaciones humanas íntimas y para analizar de manera crítica los problemas creados por situaciones dentro del hogar.

Proporción:

En general la proporción del dibujo de la casa es pequeña indicando inseguridad, aislamiento, descontento y regresión, los detalles en la imagen de la simetría es moderada indicando ansiedad.

Perspectiva:

El dibujo está ubicado en la parte central de la página siendo un indicador de rigidez y además una regresión ya que este tipo de ubicación es común en los niños pequeños.

En cuanto con la relación con el observador el dibujo tiene una perspectiva vista a distancia indicando inaccesibilidad, sentimientos de rechazo y la situación del hogar fuera de control.

Su línea de base nos indica necesidad de seguridad y ansiedad; por lo que su dibujo tiene transparencia siendo un indicador de una mala orientación en la realidad.

Detalles:

Existe una carencia de los detalles en el dibujo de la casa que indica aislamiento, común en niños pequeños. Dibuja únicamente los detalles esenciales (muro, techo, puerta y ventana).

La puerta es pequeña con relación al dibujo indicando inadecuación y cerrada mostrándonos dependencia y defensividad.

El techo tal como está dibujado indica psicosis.

Los muros son dibujados delgados o débiles, indicando los límites del yo débiles, las ventanas son pequeñas mostrando aislamiento.

Secuencia de detalles:

Lo usual es el techo, los muros, la puerta y la ventana o la línea de base, los muros y el techo.

Calidad de la línea:

La línea del dibujo es recargada presentando así tensión, ansiedad, vigor y organicidad.

3. Interpretación del árbol:

Proporción:

La proporción del dibujo del árbol es pequeño, por lo tanto nos indica inseguridad, aislamiento, descontento y regresión.

El detalle en la simetría es obvio indicando psicosis y organicidad.

Perspectiva:

El dibujo está ubicado en la parte superior de la página, siendo un indicador de lucha no realista, fantaseo y frustración por parte del examinado. Además existe una ubicación al lado derecho por lo que demuestra una preocupación ambiental y anticipación del futuro, estando en una constante búsqueda de estabilidad y control.

En relación con el observador, el dibujo proyecta una visión de lejos, indicando aislamiento; su línea de base indica necesidad de seguridad y ansiedad. Hay una transparencia que demuestra una pobre orientación en la realidad.

Detalles:

En el dibujo no existen detalles excesivos, ni extravagantes; pero los detalles esenciales están como el tronco y las ramas. Las ramas están envueltas como algodón indicando sentimientos de culpa. La copa es en forma de nube indicando fantasía.

El tronco del árbol es unidimensional mostrando una organicidad; donde da un énfasis vertical indicando poco contacto con la realidad y preocupación sexual, su base es angosta lo que demuestra una pérdida de control.

Es un árbol movido por el viento lo que indica presiones ambientales.

Detalles no esenciales:

Hojas desprendidas, que indica falla en los mecanismos de defensa y sus raíces están omitidas indicando inseguridad.

Secuencia de los detalles:

Los detalles al ser dibujos usualmente tienen la siguiente secuencia: tronco, ramas, follaje o la punta, las ramas, y el tronco. La calidad de la línea es recargada indicando tensión, ansiedad, vigor y violencia.

4. Interpretación de la persona:

Proporción:

El dibujo de la persona es pequeño con respecto del tamaño de la hoja, indicando inseguridad, aislamiento, descontento y regresión; existe una simetría excesiva siendo un factor de rigidez y fragmentación.

Perspectiva:

El dibujo está ubicado en la parte superior de la página siendo esto un indicador de lucha no realista, fantaseo y frustración; además está ubicado en la parte derecha demostrando preocupación ambiental, anticipación del futuro y una búsqueda constante de estabilidad y control.

En cuanto a la relación con el observador el dibujo es visto desde arriba indicando rechazo, grandiosidad compensatoria. Demuestra también un cierto grado de organicidad y psicosis ya que está dibujado de perfil con vista de frente.

Su línea de base nos indica una posible necesidad de seguridad y ansiedad.

La transparencia del dibujo muestra poco contacto con la realidad.

Detalles:

Hay una carencia de detalles, mostrando aislamiento; los brazos son dibujados en forma espagueti demostrando dependencia y organicidad; la cabeza con respecto al dibujo es pequeña indicando inadecuación.

Los rasgos faciales son omitidos mostrando aislamiento; los ojos son omitidos, poco contacto con la realidad. Se da un énfasis a la boca lo que indica dependencia.

Las piernas omitidas dando a conocer un desamparo y pérdida de autonomía. El torso y el cuerpo dibujado con una línea media vertical, indicando inferioridad y dependencia.

Los pies omitidos que dan a conocer un desamparo, pérdida de la autonomía y preocupación sexual.

El cuello dibujado como espagueti, psicosis.

La calidad de la línea es recargada indicando por lo tanto tensión, ansiedad y violencia.

5. Resumen Interpretativo:

CASA:

En el dibujo de la casa, son evidentes los síntomas de ansiedad, descontento, inseguridad y posible organicidad.

Presenta además sentimientos de rechazo y la situación del hogar fuera de control.

ÁRBOL:

Por medio del dibujo del árbol, se evidencia que en la paciente presenta presiones ambientales, fantasía, búsqueda constante de control, inseguridad, ansiedad, psicosis y organicidad.

Existe poco contacto con la realidad; debido a la separación que existe del dibujo con la línea de base.

La calidad de la línea del dibujo es recargada indicando violencia, tensión y ansiedad.

PERSONA:

En este dibujo lo más evidente son los rasgos de regresión; existe una simetría excesiva siendo un factor de rigidez y fragmentación. Además el dibujo tiene una simetría excesiva siendo un factor de rigidez y fragmentación que es común en pacientes esquizofrénicos. La transparencia del dibujo muestra poco contacto con la realidad.

6. Pronóstico:

De acuerdo a los resultados interpretativos del H.T.P.; la paciente tiene presiones ambientales, vive una inseguridad constante por el mismo hecho de estar lejos de su pareja. Es una persona agresiva, violenta; lo que le lleva a una pérdida de control y frustración y como consecuencia le lleva a un aislamiento evidente.

Presenta poco contacto con la realidad como una forma de defenderse de su medio; llevándola a tener delirios de persecución: el pronóstico de la paciente es regular debido a la situación que vive y el poco apoyo familiar que presenta.

TEST DE LA FAMILIA

ANÁLISIS INTERPRETATIVO:

1. Características generales del dibujo:

El tamaño:

Pequeño: Se asocia a una autoimagen de una persona insuficiente, a sentimientos de inferioridad, a formas auto controladas de responder a presiones ambientales y a retraimiento.

2. Emplazamiento:

Tercio Superior: Representa el mundo de las ideas y la fantasía. La ubicación es en la parte central de la página, que es indicio de una vivencia de prohibición de la expansión vital sobre el medio ambiente, problema que tendría sus raíces en un conflicto entre lo instintivo e inconsciente.

3. la distancia entre los personajes:

➤ Incomunicación:

Debido a la distancia física que existe entre los personajes del dibujo.

4. Valorización y desvalorización:

Supresión de un elemento de la familia (padre – esposo):

responde a un mecanismo de defensa consciente en negar una realidad que produce angustia, ante el sentimiento de incapacidad de adaptarse a esa realidad. Los sentimientos del sujeto suelen ser ambivalentes, pudiéndose apreciar la coexistencia del amor y del odio.

Supresión de las manos en los dibujos:

La supresión de las manos en parte o en la totalidad de los personajes dibujados es relativamente frecuente. Dicha supresión suele atribuirse a la insuficiente capacidad analítica; dependiente del desarrollo intelectual, pero también se debe a diferencias individuales en el ámbito de la afectividad.

TEST DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS (WAIS)

El test de inteligencia para adultos (WAIS), constituye una nueva versión del Test de Inteligencia Wechsler-Bellevue (W-B); ya que es muy eficaz para la medición y la evaluación de la inteligencia adulta.

El WAIS consta de 11 pruebas. Seis de estas están agrupadas en la **Escala Verbal (información, comprensión, aritmética, analogías, dígitos, vocabulario)**; las cinco restantes comprenden la **Escala de Ejecución (dígitos-símbolos, completamiento de figuras, diseño con cubos, ordenamiento de láminas, rompecabezas)**; las 11 pruebas están combinadas para formar la escala completa.

RESULTADOS DE LA PRUEBA:

CI DE CADA ESCALA:

1. CI VERBAL: 73
2. CI EJECUCIÓN: 69
3. CI COMPLETA: 70

DIAGNÓSTICO:

1. INTELIGENCIA VERBAL: fronterizo
2. INTELIGENCIA EJECUCIÓN: débil mental
3. INTELIGENCIA COMPLETA: fronterizo

OBSERVACIONES:

La paciente realizó la prueba como una tarea impuesta, en la escala de ejecución fue donde se observó mayor dificultad especialmente en la prueba de diseño con cubos y ordenamiento de láminas y en la escala verbal las pruebas de información y analogías no las pudo completar conjuntamente con la de dígitos.

RECOMENDACIONES:

Según los resultados de la prueba y su puntaje global (70) que corresponde a una inteligencia fronteriza, es necesario que la paciente se mantenga en constante interacción para que no se deteriore poco a poco su CI.

Es indispensable que se mantenga ocupada en tareas que estén involucradas con la ejecución para que no sigan deteriorando con el paso del tiempo dichas habilidades. Pueden ser trabajos manuales, como el bordado, tejido, pintura, etc.

Es indispensable las terapias grupales para que no se pierda su capacidad de comunicación y juicio.

EPQ-A CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD PARA ADULTOS

El EPQ es un desarrollo de varios cuestionarios de personalidad. La gran ventaja de este cuestionario es que se agrega una nueva variable que se llama Psicotisismo, que alude a un rasgo subyacente de la personalidad que presentan todas las personas, si aparece en un grado elevado; predispone al sujeto a la manifestación de una patología psiquiátrica.

Además este cuestionario esta formado por cuatro escalas que son:

1. Escala N (emocionabilidad)
2. Escala E (extraversión)
3. Escala P (dureza o psicotisismo)
4. Escala S (sinceridad)

INTERPRETACION:

Al ser aplicado el cuestionario EPQ-A la puntuación más alta fue de la Escala P (dureza o psicotisismo) con un valor de 99; lo que significa que los sujetos con ésta puntuación son:

- Raros y solitarios, se meten en problemas
- Son fríos y faltos de sentimientos humanitarios con sus compañeros o animales.
- Son agresivos y hostiles incluso con los seres queridos
- Buscan sensaciones dolorosas sin pensar en los riesgos implicados.

OBSERVACIONES:

La paciente durante la prueba se mostró colaboradora a la misma, luego de ser dada la consigna la realizó sin ningún problema.

RECOMENDACIONES:

1. De acuerdo a los resultados del cuestionario, se recomienda, terapia individual y familiar, para disminuir el grado de agresividad y hostilidad que presenta la paciente.
2. Terapia ocupacional para canalizar su energía de una manera positiva y así evitar conductas inadecuadas.
3. Terapia grupal para mejorar su sociabilidad y así evitar el aislamiento.

ESCALA PARA EL SINDROME POSITIVO Y NEGATIVO DE LA ESQUIZOFRENIA (PANSS)

La PANSS consta de 30 ítems que evalúa el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva:

- **Dimensional:** evalúa la gravedad del Síndrome positivo, negativo, y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico
- **Categorial:** clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto.

Los 30 ítems conforman las siguientes 4 escalas:

1. Escala Positiva (PANSS-P): 7 ítems, evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal.
2. Escala negativa (PANSS-N): 7 ítems, evalúa los déficit respecto a un estado mental normal.
3. Escala compuesta (PANSS-C): evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro (positivo y negativo).
4. Psicopatología general (PANSS-PG): 16 ítems, evalúa la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico (depresión , ansiedad , orientación)

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

- **MÁS RESTRICTIVO:** para establecer el tipo de trastorno esquizofrénico utiliza las puntuaciones obtenidas en los ítems de la escala positiva y negativa, por lo tanto el trastorno: **Esquizofrenia Positiva:** (cuando en la escala negativa menos de tres ítems obtienen una puntuación superior a tres).
- **MENOS RESTRICTIVO:** para establecer el tipo se utiliza la puntuación obtenida en la escala compuesta y más concreto su valencia por lo tanto es el trastorno es: **Positivo (+9).**

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD (HARS)

La HARS es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad, consta de un total de 14 ítems que evalúa los aspectos psíquicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.

Su corrección e interpretación proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. Los puntos de corte recomendados son:

- 0-5: No ansiedad
- 6-14: ansiedad leve
- Mayor a 15: ansiedad moderada/grave.

RESULTADOS DE LA ESCALA:

- Sumatoria total: 35 puntos equivalente: **ANSIEDAD MODERADA/GRAVE.**

Conclusión de caso:

Cabe resaltar que fue un caso no muy fácil para el tratamiento, ya que la colaboración por parte de la paciente como de la familia fue limitado, debido a que se pudo tratar únicamente con el hermano ya que su familia directa vive en los Estados Unidos.

Al ser la paciente poco colaboradora su pronóstico no es muy bueno.

Se conoce que para una psicoeducación debe existir un verdadero interés para poder llegar a la meta planteada.

Con esta paciente se redujo de manera mínima los niveles de ansiedad.

CASO TRES

INTERPRETACION DEL H.T.P.

1. Observaciones Generales:

Biografía (F.A.):

Paciente de 35 años de edad, soltero, quien vive con su padre y hermana menor, refiere no mantener buenas relaciones con sus hermanos ni padre, a raíz de la muerte de su madre (hace 4 años).

Fue violento durante su adolescencia, refiere además no tener muchas amistades, ser una persona aislada. Sufrió de asma durante su niñez por lo que culpa a su padre de esto. No ha tenido relaciones amorosas pero sí relaciones sexuales en prostíbulos lo que le parecía agradable.

Además da a conocer que consume desde los 17 años alcohol y que una sola vez consumió cocaína. Es una persona poco constante en sus trabajos.

Actitud:

La actitud del individuo hacia el H.T.P. proporciona información acerca de que tanto el sujeto rechaza una tarea nueva y probablemente difícil, sin embargo, en términos generales la paciente se mostró muy colaborador a la prueba luego de ser explicada la consigna de la misma.

Tiempo, latencia, pausas:

La paciente al dibujar la **casa** a lápiz ocupó un tiempo de un minuto, con una latencia de cinco segundos; el tiempo ocupado en el dibujo del **árbol** fue de medio minuto presentando una latencia de cinco segundos.

En el dibujo de la **persona** ocupó un tiempo de medio minuto, teniendo una latencia de ocho segundos.

Habilidad crítica:

No existen borraduras en los dibujos.

Interrogatorio posterior:

Durante el interrogatorio posterior, el paciente estuvo colaborador, realizando esta tarea con agrado.

En las preguntas sobre la casa hizo énfasis de que la casa es de su papá, pero que en realidad le gustaría que sea solo su casa para tener privacidad. Además dio a conocer que no es una casa feliz porque hay disputas y pleitos.

A cerca de la entrevista del árbol, da a conocer que es un árbol muy vivo, que está en un grupo de árboles, pero que lo ve por encima de él, y que además le cayó un rayo; pero a pesar de eso alto y joven. Informa que también lo han lastimado varias veces porque le querían cortar una rama.

En el interrogatorio acerca de la persona, la paciente hace referencia que es una caricatura que está en el periódico (Popeye), que es una persona normal, ni feliz ni triste; por lo que no tiene rostro.

2. Interpretación de la casa:

La casa genera una mezcla de asociaciones concientes e inconcientes acerca del hogar y de las relaciones interpersonales íntimas. Para el adulto, representa el ajuste a la situación doméstica en general, y más específicamente, al cónyuge y a los hijos.

El dibujo de la casa es un indicador de la habilidad del sujeto para funcionar bajo las tensiones de las relaciones humanas íntimas y para analizar de manera crítica los problemas creados por situaciones dentro del hogar.

Proporción:

En general la proporción del dibujo de la casa es grande indicando ambiente restrictivo, tensión, compensación.

Los detalles en la imagen demuestran una simetría moderada lo que indica ansiedad.

Perspectiva:

El dibujo está ubicado en la parte central izquierda de la página siendo un indicador de aislamiento, regresión, organicidad, preocupación por sí mismo, rumiación por el pasado, impulsividad, necesidad de gratificación inmediata y rigidez.

En cuanto con la relación con el observador el dibujo tiene una perspectiva vista desde arriba lo que demuestra rechazo, grandiosidad compensatoria.

Su línea de base indica necesidad de seguridad y muestra ansiedad. La transparencia da a conocer su mala orientación en la realidad.

Detalles:

Existen los detalles esenciales que son un muro, un techo, una ventana.

La puerta es pequeña indicando inadecuación.

El techo es dibujado con énfasis indicando introversión, fantasía y los aleros están enfatizados indicando suspicacia.

Los muros son dibujados como delgados y débiles indicando que sus límites con el Yo son débiles; da énfasis a las ventanas indicando ambivalencia social.

Secuencia de detalles:

Lo usual es el techo, los muros, la puerta y la ventana o la línea de base, los muros y el techo.

Calidad de la línea:

La línea del dibujo es recargada indicando tensión, ansiedad, vigor y organicidad.

3. Interpretación del árbol:

Proporción:

La proporción del dibujo del árbol es grande, por lo tanto nos indica que existe un ambiente restrictivo, de tensión y compensación.

Detalles en la simetría en el dibujo es moderado por lo indica ansiedad.

Perspectiva:

El dibujo está ubicado en la parte central lo que da a conocer rigidez que es común en niños pequeños.

En relación con el observador, el dibujo proyecta una visión desde abajo lo que demuestra aislamiento e inferioridad. La línea de base proyecta una necesidad de seguridad y ansiedad.

La transparencia del dibujo expresa la pobre orientación en la realidad del paciente.

Detalles:

En el dibujo no existen detalles excesivos, ni extravagantes; pero los detalles esenciales están como el tronco y las ramas. Las ramas son muy altas e indicando rasgos esquizoides, la copa es dibujada como aplanada lo que da presión ambiental y negación.

La línea de base, con un árbol dibujado como en la cima de una colina que da a conocer rasgos de grandiosidad y aislamiento.

El tronco del árbol es de base angosta, denotando una pérdida de control, y su tipo es como de movido por el viento que da la idea de una regresión y presiones ambientales.

Detalles no esenciales:

Las raíces omitidas indican inseguridad.

La calidad de la línea del dibujo es recargada por lo tanto existen tensión, ansiedad, vigor y violencia.

Secuencia de los detalles:

Los detalles al ser dibujos usualmente tienen la siguiente secuencia: tronco, ramas, follaje o la punta, las ramas, y el tronco.

La secuencia del dibujo fue la siguiente: tronco y luego ramificaciones.

4. Interpretación de la persona:

Proporción:

El dibujo de la persona es grande con respecto del tamaño de la hoja, indicando un ambiente restrictivo, tenso y de compensación. Además el dibujo tiene una simetría excesiva siendo un factor de rigidez y fragmentación.

Perspectiva:

El dibujo está ubicado en la parte central denotando rigidez.; en cuanto a la relación con el observador el dibujo es visto de perfil o dibujado de espaldas e indicando aislamiento y paranoia. Su línea de base demuestra posible necesidad de seguridad y ansiedad. La transparencia del dibujo muestra poco contacto con la realidad. Existe como una proyección de movimiento.

Detalles:

En el dibujo de la persona existe una carencia de detalles, mostrando aislamiento; los brazos son dibujados en forma de espagueti denotando dependencia y organicidad.

La cabeza con respecto al dibujo es grande indicando una posible regresión y grandiosidad.

Los rasgos faciales son omitidos por lo que expresa aislamiento.; los ojos son omitidos, poco contacto con la realidad.

El dibujo de la boca es omitido por lo que indica agresión oral y depresión.

Las piernas están dibujadas separadas y flotando siendo indicador de agresión, inseguridad y dependencia.

El torso es dibujado como una línea media vertical dando a conocer inferioridad y dependencia.

Los pies son omitidos lo que demuestra un grado de desamparo, pérdida de la autonomía, preocupación sexual.

El cuello dibujado como espagueti da una referencia de psicosis.

La calidad de la línea es recargada por lo que indica tensión, ansiedad y violencia.

Secuencia de los detalles:

Lo usualmente dibujado es la cabeza y la cara, luego el resto del cuerpo; en el dibujo que realizó la paciente su secuencia fue la siguiente: cabeza y cuerpo.

5. Resumen Interpretativo

CASA:

En el dibujo de la casa, es evidente los síntomas de tensión, compensación, muestra claramente que vive en un ambiente restrictivo. Presenta aislamiento, regresión, organicidad y una marcada rumiación por el pasado y grandiosidad.

Presenta también suspicacia, fantasía, introversión, además muestra débiles límites con el yo.

ÁRBOL:

Por medio del dibujo del árbol, se evidencia que en el paciente vive en un ambiente restrictivo, de tensión, de ansiedad, tiene poca orientación y cabe recalcar sus rasgos esquizoides de aislamiento y de violencia

PERSONA:

En este dibujo lo más evidente son los rasgos de paranoia, poco contacto con la realidad, dependencia, agresión oral, depresión, preocupación sexual y pérdida de la autonomía.

6. Pronóstico:

De acuerdo a los resultados interpretativos del H.T.P.; la paciente vive en un ambiente restrictivo, inseguro, llevándolo a que se convierta en una persona dependiente, presente sentimientos de indecisión, miedo y como consecuencia de estos factores el paciente presenta poco contacto con la realidad como una forma de defenderse de su medio; llevándola a tener delirios de persecución agresivos y de una marcada depresión, pero a pesar de todos estos acontecimientos el pronóstico de la paciente es bueno ya que son controlados con medicación y psicoterapia, además la mayoría de sus habilidades tanto motoras como cognitivas aun están conservadas.

TEST DE LA FAMILIA

ANÁLISIS INTERPRETATIVO:

1. Características generales del dibujo:

El tamaño:

Grande: corresponden a personas que reaccionan habitualmente a las presiones ambientales con actitud agresiva y expansiva.

2. Emplazamiento:

Centro:

Representa la zona de los afectos y de la sensibilidad.

3. Borraduras:

- Realizó una sola borradura y esto puede ser indicador importante de conflictos emocionales.

4. Valorización y desvalorización:

El padre dibujado en primer lugar: El personaje dibujado en primer lugar se le considera como el más importante, al que admira, envidia o teme, el hecho de pensar antes en él indica un tipo de identificación consciente e inconsciente.

Se dibuja último a sí mismo: debe interpretarse como un símbolo de desvalorización propia.

Supresión de las manos en los dibujos: La supresión de las manos en parte o en la totalidad de los personajes dibujados es relativamente frecuente. Dicha supresión suele atribuirse a la insuficiente capacidad analítica; dependiente del desarrollo

intelectual, pero también se debe a diferencias individuales en el ámbito de la afectividad.

Supresión de los rasgos faciales en el dibujo: refleja algún tipo de perturbaciones en las relaciones interpersonales ya que la cara es la parte más expresiva del cuerpo y es un indicativo más de desvalorización de los mismos.

TEST DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS (WAIS)

El test de inteligencia para adultos (WAIS), constituye una nueva versión del Test de Inteligencia Wechsler-Bellevue (W-B); ya que es muy eficaz para la medición y la evaluación de la inteligencia adulta.

El WAIS consta de 11 pruebas. Seis de estas están agrupadas en la **Escala Verbal (información, comprensión, aritmética, analogías, dígitos, vocabulario)**; las cinco restantes comprenden la **Escala de Ejecución (dígitos-símbolos, completamiento de figuras, diseño con cubos, ordenamiento de láminas, rompecabezas)**; las 11 pruebas están combinadas para formar la escala completa.

RESULTADOS DE LA PRUEBA:

CI DE CADA ESCALA:

1. CI VERBAL: 89
2. CI EJECUCIÓN: 97
3. CI COMPLETA: 92

DIAGNÓSTICO:

1. INTELIGENCIA VERBAL: normal lento
2. INTELIGENCIA EJECUCIÓN: término medio
3. INTELIGENCIA COMPLETA: término medio

OBSERVACIONES:

El paciente realizó la prueba con mucho nerviosismo, fue colaborador, en la escala de ejecución fue donde se observó mayor dificultad especialmente en la prueba de completamiento de figuras y en la escala verbal en la prueba de información.

RECOMENDACIONES:

Según los resultados de la prueba y su puntaje global (92) que corresponde a una inteligencia de término medio, el paciente puede tener una vida productiva, con poca ayuda de los demás.

Es indispensable que se mantenga ocupado en tareas que estén involucradas con la ejecución para que no se deterioren con el paso del tiempo dichas habilidades. Pueden ser trabajos manuales, como la carpintería, mecánica, panadería, etc.

EPQ-A CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD PARA ADULTOS

El EPQ es un desarrollo de varios cuestionarios de personalidad. La gran ventaja de este cuestionario es que se agrega una nueva variable que se llama Psicotisismo, que alude a un rasgo subyacente de la personalidad que presentan todas las personas, si aparece en un grado elevado; predispone al sujeto a la manifestación de una patología psiquiátrica.

Además este cuestionario esta formado por cuatro escalas que son:

1. Escala N (emocionabilidad)
2. Escala E (extraversión)
3. Escala P (dureza o psicotisismo)
4. Escala S (sinceridad)

INTERPRETACION:

Al ser aplicado el cuestionario EPQ-A la puntuación más alta fue de la Escala P (dureza o psicotisismo) con un valor de 99; lo que significa que los sujetos con ésta puntuación son:

- Raros y solitarios, se meten en problemas
- Son fríos y faltos de sentimientos humanitarios con sus compañeros o animales.
- Son agresivos y hostiles incluso con los seres queridos
- Buscan sensaciones dolorosas sin pensar en los riesgos implicados.

OBSERVACIONES:

El paciente durante la prueba se mostró colaborador a la misma, luego de ser dada la consigna la realizó sin ningún problema.

RECOMENDACIONES:

1. De acuerdo a los resultados del cuestionario, se recomienda, terapia individual y familiar, para disminuir el grado de agresividad y hostilidad que presenta el paciente.
2. Terapia ocupacional para canalizar su energía de una manera positiva y así evitar conductas inadecuadas.
3. Terapia grupal para mejorar su sociabilidad y así evitar el aislamiento.

ESCALA PARA EL SINDROME POSITIVO Y NEGATIVO DE LA ESQUIZOFRENIA (PANSS)

La PANSS consta de 30 ítems que evalúa el síndrome esquizofrénico desde una doble perspectiva:

- **Dimensional:** evalúa la gravedad del Síndrome positivo, negativo, y de la psicopatología general del trastorno esquizofrénico
- **Categorial:** clasifica el trastorno esquizofrénico en positivo, negativo o mixto.

Los 30 ítems conforman las siguientes 4 escalas:

1. Escala Positiva (PANSS-P): 7 ítems, evalúa los síntomas sobreañadidos a un estado mental normal.
2. Escala negativa (PANSS-N): 7 ítems, evalúa los déficit respecto a un estado mental normal.
3. Escala compuesta (PANSS-C): evalúa la predominancia de un tipo sobre el otro (positivo y negativo).
4. Psicopatología general (PANSS-PG): 16 ítems, evalúa la presencia de otro tipo de síntomas en el paciente esquizofrénico (depresión , ansiedad , orientación)

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

- **MÁS RESTRICTIVO:** para establecer el tipo de trastorno esquizofrénico utiliza las puntuaciones obtenidas en los ítems de la escala positiva y negativa, por lo tanto el trastorno:

Esquizofrenia Mixta: (cuando en las dos escalas hay más de dos ítems que obtienen puntuación superior a tres).

- **MENOS RESTRICTIVO:** para establecer el tipo se utiliza la puntuación obtenida en la escala compuesta y más concreto su valencia por lo tanto es el trastorno es: **Negativo** (-20).

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD (HARS)

La HARS es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad, consta de un total de 14 ítems que evalúa los aspectos psíquicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.

Su corrección e interpretación proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. Los puntos de corte recomendados son:

- 0-5: No ansiedad
- 6-14: ansiedad leve
- Mayor a 15: ansiedad moderada/grave.

RESULTADOS DE LA ESCALA:

- Sumatoria total: 47 puntos equivalente: **ANSIEDAD MODERADA/GRAVE.**

Conclusión de caso:

Este caso tiene un buen pronóstico, debido a la buena participación para el tratamiento tanto del paciente como de su familia, ya que existe una conciencia de la enfermedad. Se puede añadir que es núcleo muy unido y por lo tanto respeta las decisiones del paciente.

Se logró disminuir de una manera significativa los niveles de ansiedad.

Con este caso se puede comprobar que la psicoeducación es una buena forma de tratar la Esquizofrenia.

Luego de los tests aplicados se dio la primera entrevista con las familias de los pacientes, básicamente con los más allegados (hermanos, hijos, etc); la misma que se dio en un consultorio del Hospital “Santa Inés”, un lugar cómodo y adecuado para la misma y con las condiciones que son necesarias para la primera conversación familiar como cita **Helm Stierlin**³⁵ .

A continuación detallamos lo que es necesario para ella.

5.5 PRIMERA CONVERSACIÓN (Primera entrevista)

Por ser cada familia un organismo particular y complejo, la **primera conversación familiar** constituye una situación nueva y única para el terapeuta.

Por lo que no es muy aceptable generalizar el proceder de un terapeuta en la primera conversación.

En la conversación se deben dar espacios para la flexibilidad, espontaneidad y la comprensión empática.

La terapia familiar tiene lugar en diversos ambientes, por lo general existen terapeutas que visitan a la familia en su ambiente acostumbrado, es decir en su casa o lugar de sus dificultades como la escuela, el trabajo, etc.

En la mayoría de los casos el terapeuta se reunirá en su ambiente acostumbrado que es su consultorio, el mismo que deberá ser amplio para que una familia numerosa también pueda moverse libremente y cada integrante de esta forma pueda escoger su sitio a una proximidad o distancia de los demás que le resulte agradable.

En este caso se citó de una a una a las familias para el primer encuentro, el primer contacto se lo realizó de manera telefónica la misma que será importante no ser despachada de una manera rápida como suele hacerse en otras situaciones. De este modo se

³⁵ Stierlin, Helm, Terapia de familia, Barcelona España, Editorial Gedisa, 1981, págs. 139 a 147

inició con la orientación para el curso de la primera conversación familiar y la posible terapia siguiente; por lo que no es recomendable dejar a cargo de una secretaria registrar los datos de filiación y el motivo de la llamada para concretar una fecha para la primera conversación.

Se concretó de manera directa , con los familiares para el primer encuentro, explicándoles de una manera sencilla cuál era el objetivo de la cita.

A continuación detallamos el trabajo realizado

- En este primer encuentro con todos los familiares, para iniciar y romper el hielo se empezó por una presentación, una conversación general, luego se explicó para qué estaban allí, y se realizó a cada miembro de la familia (2 máximo por familia), la “Escala de Hamilton para la ansiedad”, para de esta forma poder conocer cómo ellos percibían la enfermedad de su familiar, y de qué manera les afectaba.

Según los datos obtenidos podemos decir que todos los familiares(en su mayoría los hermanos de los pacientes), obtuvieron un puntaje alto de ansiedad, que básicamente se sitúa entre 25 y 38, es decir un 67.8%; correspondiendo a una ansiedad **“moderada – grave”**. **Por lo que se demuestran un gran miedo a la enfermedad ya que desconocen totalmente de ella, es decir el curso, evolución y pronóstico de la misma.**

- Al final de la primera entrevista se realizó conjuntamente con la familia un plan terapéutico que se lo iba a desarrollar progresivamente durante los siguientes tres meses. El plan consta de los siguientes puntos:

1. Evaluación a los pacientes para conocer el grado de la enfermedad.

2. Primera entrevista en la que se evaluó el grado de ansiedad.
3. Segunda entrevista en la que se informó y educó a cerca de la enfermedad misma a los familiares.
4. Evaluación nuevamente de los niveles de ansiedad a los familiares de los pacientes.

5.6 SEGUNDA CONVERSACIÓN FAMILIAR (Psicoeducación)

La Psicoeducación.- surge como una respuesta a las necesidades más integrales de abordaje de la Esquizofrenia. El punto de partida lo constituyen las necesidades de las familias de pacientes esquizofrénicos.

Con este tipo de pacientes las familias para las **intervenciones psicosociales** según Dixon³⁶, son involucradas como agentes terapéuticos, las intervenciones son parte de un paquete terapéutico que incluye farmacoterapia y manejo clínico de rutina.

La psicoeducación consiste en una aproximación terapéutica en la cuál se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

Su objetivo consiste en mejorar la calidad de vida de paciente y familia, creando ambientes bajos en ansiedad y estrés, disminuyendo así la probabilidad de recaída y la carga familiar.

La intención es que el paciente y su familia desarrollen estrategias que les permitan en última instancia obtener una mejor calidad de vida.

³⁶ L. Dixon y A. Lehman, Edición, 1995, págs. 236-242

Para la psicoeducación, que se impartió **en la segunda conversación familiar**, se tomó un modelo psicoeducativo de el Dr. Omar Kawas³⁷, catedrático de la Universidad Autónoma de México. El mismo que indica que se debe hacer.

- Alianza terapéutica: que promueva una relación de trabajo con el paciente y su familia.
- Información de la enfermedad y el tratamiento.
- Fomentar un ambiente familiar, laboral y social apropiado.
- Integrar al paciente a sus roles.
- Continuidad en el tratamiento y vinculación institucional.

Este modelo psicoeducativo tiene objetivos tanto primarios como secundarios que son detallados a continuación:

Objetivos primarios:

- Conciencia de enfermedad.
- Cumplimiento terapéutico.

Objetivos Secundarios:

- Controlar el estrés.
- Evitar el uso y abuso de sustancias.

- Lograr regularidad en el estilo de vida.
- Prevenir la conducta suicida.

Y además de los objetivos analizados anteriormente, es claro que en nuestras intervenciones terapéuticas nos planteamos los siguientes objetivos:

- Incrementar el conocimiento y afrontamiento de las consecuencias psicosociales de episodios pasados y futuros.

³⁷ Omar Kawas, Departamento de Psiquiatría, “Grupo de estudios en esquizofrenia APM”, México, 2005.

- Mejorar la actividad social e interpersonal.
- Afrontar los síntomas residuales y el deterioro.
- Incrementar el bienestar y mejorar la calidad de vida.

5.6.1 Desarrollo del modelo psicoeducativo brindado a la familia de los pacientes esquizofrénicos del CREIAD, de la ciudad de Cuenca

Se dieron pautas y conceptos generales como modo de educación e información:

- A) La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más discapacitantes.
- B) La familia desempeña un papel muy importante en la evolución del trastorno.
- C) Existen recursos farmacológicos y terapéuticos para rehabilitar al enfermo.
- D) Trabajando sobre las creencias, conocimientos y competencias del paciente y la familia se favorece la rehabilitación.

En general con los conceptos antes mencionados lo que se quiso es:

- Mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia.
- Incrementar los conocimientos y habilidades del paciente y su familia en el manejo de la enfermedad.
- Facilitar un ambiente familiar adecuado que permita la readaptación y reintegración del paciente.
- Disminuir la carga que el enfermo representa para su familia.
- Aumentar la adherencia terapéutica disminuyendo la probabilidad de recaída.

5.6.2 Plan para la familia

Psicoeducación.- Explicaciones generales

- La esquizofrenia es una enfermedad tratable que no tiene cura pero que se puede mejorar la calidad de vida del paciente a través de medicamentos y de psicoterapia.
 - Al paciente hay que estarlo medicando continuamente y apoyándolo a que asista a la psicoterapia.
 - El paciente que sufre de esquizofrenia, necesita todo el apoyo familiar ya que es una enfermedad que involucra a todo su entorno psicosocial.
 - Es necesario que la familia conozca a cerca de la enfermedad y que se den cuenta que esta tiene tanto síntomas positivos como negativos.
-
- Síntomas positivos como trastornos perceptivos, trastornos ideativos, experiencia de pasividad, trastornos ideos verbales.
 - Síntomas negativos como trastornos de lenguaje y pensamiento, trastorno de la actividad, trastornos afectivos, trastornos de la sociabilidad.

Síntomas positivos

Trastornos perceptivos.- Existen las alucinaciones que son frecuentes en los pacientes esquizofrénicos, especialmente las alucinaciones auditivas, visuales y somáticas.

Las auditivas son de carácter verbal que se dirigen en segunda y tercera persona al paciente, están conformadas por frases cortas, persistentes y continuas. El paciente dialoga con las voces e incluso afirma que existe discusiones entre ellas.

Los comentarios son críticos, acusatorios, insultantes, burlones; los mismos que pueden proceder de lugares distintos y la conducta del paciente es influida por estas alucinaciones. Tomando el paciente actitudes de escucha o de soliloquios.

Trastornos ideativos.- Un síntoma considerado de la esquizofrenia es la percepción delirante que es una intuición especial y que está asociada individualmente como una respuesta a una percepción normal. Antes de que aparezca la percepción delirante, está el paciente con un tono emocional denominado humor delirante a causa de una impresión angustiosa. La percepción delirante intenta dar significado a situaciones reales primero viene la percepción y luego la explicación con un sentido de clarividencia, revelación o mensaje oculto.

Experiencia de pasividad.- El que experimenta la experiencia de pasividad sus emociones, pensamiento o acciones no son vividos como propios; lo que lo lleva a pensar que está controlado por agentes externos o es manejado por seres naturales o sobrenaturales.

El paciente siente que es forzado a pensar por una mente externa, que le impone ideas que no le pertenecen o que él no lo considera como propias. El enfermo puede afirmar que “en mi cabeza hay pensamientos que son míos, me enredan las ideas”.

Trastornos ideoverbales.- Se le conoce como disgregación del pensamiento originada por la pérdida de la asociación de las ideas que se manifiesta como desorganización conceptual, expresión fragmentaria y ausencia clara del significado. Las palabras carecen de precisión y por lo general son vagas en su significado.

Sintomatología negativa

Trastorno del lenguaje y del pensamiento.- Se refiere a la disminución de la producción y de la comunicación verbal. El paciente pareciera haber perdido la facilidad para producir pensamientos haciéndose evidente este hecho en la pobreza expresiva, se caracteriza por respuestas breves o vacías.

Trastorno de la actividad.- Se da aquí la pérdida de iniciativa (abulia), caracterizada por la falta de energía e impulso el paciente parece haber perdido la capacidad de desempeñar actividades que percibe una meta tanto personal como social.

Trastornos afectivos.- Indiferencia o insensibilidad, lentitud de reacción o casi ausencia de expresión emocional que ha sido llamado aplanamiento afectivo. La presencia de ambivalencia afectiva considerada como la presencia simultánea de sentimientos opuestos o contradictorios como amor – odio, deseo-temor, querer – no querer.

Trastornos de la sociabilidad.- Notable retraimiento social, enfermos demuestran incapacidad para establecer amistades, contacto íntimo con otras personas o incluso la no participación en grupos recreativos. La motivación y la actividad sexual resultan claramente disminuidas.

También se indicó sobre el funcionamiento psicosocial, esto es, dando a conocer sobre los roles que desempeña el individuo en su interacción con otros individuos dentro del medio ambiente en que se desenvuelve.

Además se habló sobre la calidad de vida que es una medida subjetiva de que tan satisfecho se encuentra el sujeto con su vida

y que esta no tiene que ver tan solo con un sentimiento general de felicidad, sino con un buen desarrollo físico y mental con respecto a las habilidades que aun puede ejecutar el paciente.

Para Sartorius³⁸, es necesario recalcar las necesidades, que el paciente presenta, estas son:

- Ser respetado por otros.
- Ser entendido.

- Tener una forma de ingreso y recuperación.
- Estar libre de síntomas.
- No ser estigmatizado por la enfermedad o el tratamiento.
- Tener seguridad de su recuperación.

Como el paciente, también la familia presenta necesidades como:

- Restablecer el funcionamiento del paciente dentro de los roles familiares y sociales.
- Mantener la buena reputación de la familia.
- Evitar problemas financieros por el tratamiento.
- Mantener algo de su tiempo libre.
- Participar en las decisiones sobre el paciente.

5.7 Tercera conversación familiar

En el tercer encuentro terapéutico con los familiares de los pacientes internados en el CREIAD, se realizó como una manera

³⁸ Sartorius, 2da Edición,, Sevilla-España, págs 55 a 59

para romper el hielo, una técnica de relajación³⁹, la misma que es una estrategia evolutivamente estable, que permite reconocer la tensión excesiva.

La relajación nos permite retomar el control, y lo logra de una manera extremadamente agradable.

Las condiciones iniciales para la práctica de la relajación son muy sencillas, básicamente se necesita un espacio en silencio en el que no hayan interrupciones, limpio y con una temperatura agradable.

Una vez relajados los familiares, cosa que es muy importante para un trabajo terapéutico, se procedió a evaluar nuevamente por medio de la “Escala de Hamilton para la Ansiedad”, los niveles de ansiedad que presentaban los familiares de los pacientes ya que después de haber impartido la psicoeducación en las intervenciones anteriores, nuestro fin en realidad era el conocer si después de todo lo impartido los niveles de ansiedad habían disminuido, aumentado o seguían de igual manera.

Luego de aplicadas y analizadas las evaluaciones, se puede demostrar que la “Psicoeducación”, tiene el éxito que se esperaba, con la “Escala de Hamilton”, se da a conocer que los niveles de ansiedad habían **disminuido a un 32.1%**, es decir **casi la mitad** que equivale de una **ansiedad grave**, a una **ansiedad moderada** de 18 puntos según la Escala de Hamilton; lo que deja como pauta que si se siguiera con un tratamiento de psicoeducación más prolongado se llegarían a reducir los niveles de ansiedad aun más.

³⁹ Internet, google; La relajación.com.

Es importante acotar que con una buena Psicoeducación, que como se conoce, incluye información sobre la enfermedad y tratamiento tanto farmacológico, como psico-afectivo del paciente, por parte de sus familiares; se puede insertar al enfermo de esquizofrenia, a una vida moderadamente estable, dejando de ser una carga tanto para su familia, como para la sociedad, como se lo ha visto hasta ahora.

* Luego de haber concluido el estudio sobre la “Psicoeducación a familias de pacientes esquizofrénicos, mediante un enfoque sistémico familiar”, en el Centro de Recuperación e internamiento para personas con problemas de alcoholismo y drogadicción (CREIAD), podemos decir que:

Se lograron los objetivos planteados del presente trabajo, es decir con la Psicoeducación (informa a cerca de la enfermedad misma, cómo se presenta, cuál es su evolución, sus síntomas, tratamiento, pronóstico, etc.), sí, se pueden disminuir los niveles de ansiedad tanto de los familiares, como del paciente.

CONCLUSIONES

1. Es importante recorrer el camino de la evolución de la esquizofrenia para concluir que esta es una enfermedad que comprende una desorganización severa del funcionamiento social, así como alteraciones características de tipo cognoscitivo y afectivo y del comportamiento.

Por lo tanto hoy en día no solo se sabe sin lugar a dudas que la esquizofrenia es una enfermedad, sino además que causa un sufrimiento e incapacidad funcional únicos, a aquellos que la padecen.

2. No se puede descartar los hallazgos psiconeurológicos sobre la esquizofrenia ya que en este capítulo recopila todos los estudios realizados en neuroimagen concluyendo que la esquizofrenia es una expresión tanto genotípica y fenotípica, demostrando que la esquizofrenia es familiar.

3. Las pautas diagnósticas de la esquizofrenia son un camino que guía al profesional para establecer un tratamiento y un pronóstico adecuado para así lograr una adherencia al tratamiento farmacológico como psicoterapéutico ya que la evolución de la esquizofrenia es heterogénea y no siempre deteriorante.

4. El centro CREIAD, se especializa en el tratamiento de alcohólicos y drogadictos, con ayuda tanto farmacológica como psicológica, además se preocupa de la relación del paciente con sus familiares para que se llegue a buenos resultados. Ahora el CREIAD, también ha ampliado sus horizontes, tratando de atender también otras enfermedades mentales como la esquizofrenia, por lo que cuenta con mayor personal capacitado para estos casos.

5. La psicoeducación es una herramienta básica para el tratamiento de familias que tienen un miembro esquizofrénico, tiene sus limitantes al menos en nuestro país, ya que en los centros especializados para este tipo de enfermedades, no cuentan con una infraestructura adecuada y cómoda para el trabajo terapéutico.

* Ayuda a mejorar la calidad de vida de la familia como del paciente, se demuestra, que con la psicoeducación se puede lograr una reinserción tanto social, laboral y familiar del paciente esquizofrénico, llegando a vivir de una forma estable. Además de esto, es una herramienta básica para identificar las necesidades que tienen tanto el paciente como su familia entre ellas están: el ser respetado por otros, ser entendido, tener una forma de ingreso y recuperación, no ser estigmatizado por la enfermedad o el tratamiento y a la familia brinda seguridad de su recuperación, restablece el funcionamiento del paciente dentro de los roles familiares y sociales, evita problemas financieros por el tratamiento, y mantiene algo de su tiempo libre, ayuda a que se pueda participar en las decisiones sobre el paciente

* Una psicoeducación bien impartida ayuda a comprender el beneficio del tratamiento farmacológico; ya que muchas veces se abandona este tratamiento por los efectos colaterales que produce o por el costo de las medicinas, además de brindar técnicas para afrontar el problema.

* Ayuda a disminuir la carga que el enfermo representa para su familia, por lo que el paciente suele deprimirse; la Psicoeducación de esta manera también previene la conducta suicida.

* Como un tema sobresaliente se debe acotar que con este trabajo no se obtuvo tan solo una buena calidad de vida para el paciente y su familia; sino que también se ha obtenido una calidad de vida para nosotras como

terapeutas, adherida una satisfacción laboral, reconocimiento social, respeto profesional, equilibrio laboral, social y familiar; además un acceso a la educación continua.

* Una psicoeducación con un enfoque sistémico familiar no solo debe mejorar la calidad de vida del paciente y su familia; sino que también la del terapeuta que interviene.

GLOSARIO

1. **Acatisia.-** síndrome de las piernas inquietas, lo que impide que el sujeto este sentado o parado en un solo sitio, esto se ve como efecto secundario de algunos medicamentos como el haldol.
2. **Abulia.-** falta de voluntad, o disminución notable de su energía.
3. **Afasia.-** Imposibilidad de traducir el pensamiento en palabras con integridad linguolaríngea, puede ser sensorial o motora.
4. **Alogia.-** se refiere a la disminución de la producción y del contacto verbal, el paciente pareciera haber perdido la facilidad para producir pensamientos, haciéndose evidente este hecho en la pobreza expresiva.
5. **Anhedonia.-** es la incapacidad de experimentar placer. Ha sido considerada de importancia como síntoma de la esquizofrenia.
6. **Anergia.-** falta de fuerzas físicas y por lo tanto incapacidad para el trabajo.
7. **Ambivalencia.-** condición de lo que se presta a dos interpretaciones opuestas. Estado de ánimo transitorio o permanente, en la que coexiste dos emociones o sentimientos opuestos, como el amor y el odio.
8. **Autismo.-** llamado también Síndrome de Kanner, es el prototipo y la forma más severa de los trastornos generalizados del desarrollo.

Se presenta casi siempre desde los primeros cinco años de vida y se diagnostica principalmente con base en las anormalidades de la conducta.

9. Antipsicóticos.- son medicamentos que se utiliza para el tratamiento de la esquizofrenia y la psicosis de cualquier tipo ya que su acción importante es el bloqueo de los receptores dopaminérgicos.

10. Alucinaciones cenestésicas.- el sujeto que las padece puede sentir que sus órganos internos están atravesados, sangrando, esto es común en las depresiones psicóticas.

11. Actividad Neural.- estimulación entre neuronas frente a un estímulo.

12. Catatónico.- perteneciente o relativo a la Catatonía.

13. Catatonía.- Síndrome esquizofrénico, con rigidez muscular y estupor mental, algunas veces acompañado de una gran excitación.

14. Cigoto.- individuo resultante de la unión de dos gametos; óvulo fecundado.

15. Cromosoma.- filamento condensado de ácido desoxirribonucleico, visible en las células durante la mitosis. Su número es constante para cada especie animal o vegetal.

16. Cognoscitivo.- que es capaz de conocer. Potencia cognoscitiva.

17. Cognitivo.- perteneciente o relativo al conocimiento.

18. Contusión.- daño que recibe el cuerpo o una parte del mismo por golpe que no causa herida exterior.

19. Convulsiones.- movimiento y agitación alterada de contracción y estiramiento de uno o más miembros o músculos del cuerpo.

20. Convulsión tónica.- sin pérdida de conocimiento. Y es la contracción persistente, sin fase de relajación, de uno o varios músculos.

21. Convulsión clónica.- se caracteriza por la alteración de la contracción y relajación muscular.

22. Distonía.- contracción sostenida de segmentos de los músculos, los más frecuentes son los del cuello, boca, la distonía este en relación con el uso de los neurolépticos.

23. Distocia.- parto doloroso, dificultoso o lento.

24. Disquinesia tardía.- son movimientos bucolinguofaciales involuntarios repetitivos que pueden afectar la lengua, boca y cuello debido a lesiones de los centros motores del cerebro.

25. Dicigoto.- es la unión de dos o más células idénticas.

26. Ecolalia.- repetición automática de las palabras, es común en la esquizofrenia, en el retardo mental y en las demencias.

27. Estupor.- estado de inconsciencia parcial con ausencia de movimientos y reacción a los estímulos.

28. Eclosisión.- abertura que se opera en el ovario al tiempo de la ovulación para dar salida al óvulo; aparición de los caracteres sexuales secundarios en la pubertad.

29. Epilepsia.- enfermedad nerviosa esencialmente crónica que se presenta por accesos caracterizados por pérdida súbita del conocimiento, convulsiones tonicoclónicas y como (gran mal) o por sensaciones vertiginosas y otros equivalentes (pequeño mal).

30. Esquizotípico.- trastorno caracterizado por una conducta excéntrica y anomalías del pensamiento y del afecto que se parecen a los que se ven en la esquizofrenia; su curso y su evolución son usualmente los de un trastorno de personalidad; las personas que sufren un trastorno de personalidad esquizotípico presentan principalmente singularidad del pensamiento, de la percepción, del lenguaje y de la conducta.

31. Esquizoide.- el trastorno esquizoide de la personalidad consiste en una pauta generalizada de indiferencia a las relaciones sociales y una afectividad muy limitada. Estas personas tienden a eludir las relaciones interpersonales, íntimas o duraderas, son solitarios y rara vez experimentan emociones fuertes como ira o alegría.

32. Esquizofreniforme.- se caracteriza por una confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico, prevalece una buena actividad social y laboral premórbida y hay ausencia de aplanamiento afectivo o embotamiento afectivo.

Si ésta alteración persiste más allá de los seis meses, debe cambiarse de diagnóstico por el de esquizofrenia.

33. Esquizoafectivo.- este trastorno se caracteriza por un período continuo de enfermedad presentándose en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, también presenta ideas delirantes o alucinaciones durante al menos dos semanas.

- 34. Esquizofrenógena.-** madre que es la responsable del hijo víctima, es decir del paciente esquizofrénico.
- 35. Enfisema.-** estado de un tejido distendido por gases, especialmente la presencia de aire en el tejido celular subcutáneo o pulmonar.
- 36. Fisiopatológicas.-** perteneciente o relativo a la fisiopatología.
- 37. Fisiopatología.-** estudio de la relación entre las funciones del organismo y sus posibles alteraciones.
- 38. Gliosis.-** estado asociado con la presencia de gliomas o proliferación exagerada de neuroglia.
- 39. Gliomatosis.-** desarrollo desudado de neuroglia en la medula espinal.
- 40. Hebefrénico.-** tipo de esquizofrenia caracterizada por indiferencia afectiva, tendencia al aislamiento, disgregación, ideas delirantes y alucinaciones.
- 41. Hiperperfusión.-** introducción de sangre o de una sustancia medicamentosa en un organismo en grandes cantidades.
- 42. Idiopáticas.-** o idiopatía significa enfermedad “enfermedad (patía) propia (idio)”; es decir; una enfermedad de por si y no secundaria a otras. Se usa este término cuando no es posible descubrir la verdadera causa determinante de la enfermedad que se estudia.
- 43. Ideovervales.-** se conoce como pensamiento incoherente, condensado.

- 44. Monocigoto.-** relativo o derivado de un solo cigoto.
- 45. Metonimias.-** consiste en designar algo con el nombre de otra cosa tomando el efecto por la causa o viceversa, el autor por sus obras, el signo por la cosa significada, etc.
- 46. Neurotrasmisores.-** Dicho de una sustancia, de un producto o de un compuesto: Que transmite los impulsos nerviosos en la sinapsis.
- 47. Neuropsicológico.-** Neuropsicología, rama de la psicología que estudia los centros de la conciencia y del comportamiento del sistema nervioso central. Bajo esta óptica, objeto de análisis de la neuropsicología son especialmente las estructuras y los procesos de la atención, el pensamiento, la emoción, la memoria, el aprendizaje, la motivación y la percepción.
- 48. Neurodesarrollo.-** relativo al desarrollo embrionario del sistema nervioso.
- 49. Neuroglia.-** tejido que forma la sustancia de sostén de los centros nerviosos.
- 50. Neologismos.-** es la creación de una nueva palabra solo comprensible para el enfermo, solo para él tiene significado.
- 51. Neurolépticos.-** medicamentos que calman la excitación o hiperactividad neuromuscular.
- 52. Psicofisiológico.-** perteneciente o relativo a la psicofisiología
- 53. Psicofisiología.-** Disciplina que estudia las relaciones entre los procesos de los sistemas nervioso, muscular y endocrino y las actividades mentales y el comportamiento.

54. Poligénico.- (poligenismo). Doctrina que admite variedad de orígenes en la especie humana, en contraposición al monogenismo.

55. Perinatales.- Que precede o sigue inmediatamente al nacimiento.

56. Psicodinámica.- Dicho de un sistema psicológico: Que trata de explicar la conducta por motivaciones o impulsos. El precursor de esta teoría es Sigmund Freud.

57. Psicoestimulantes.- medicamento que actúa sobre la actividad mental.

58. Psicoactivas.- Dicho de una sustancia: Que actúa sobre el sistema nervioso, alterando las funciones psíquicas.

59. Postmortem.- después de la muerte.

60. Parkinsonismo.- se caracteriza por rigidez muscular, facies inexpresivas, temblor fino y sialorrea.

61. Parafasia.- afasia parcial caracterizada por el empleo de palabras inadecuadas.

62. Prodrómicos.- perteneciente o relativo a pródromo.

63. Pródromo.- malestar que precede a una enfermedad.

64. Retraimiento.- acción o efecto de retraerse; condición personal de reserva y de poca comunicación.

65. Sialorrea.- es un flujo copioso y continuo de saliva en la boca, provocado por la excesiva secreción salivar. (hipersalivación).

66. Síndrome neuroléptico maligno.- es una reacción idiosincrática grave y potencialmente letal que aparece en pacientes tratados con antipsicóticos, su incidencia es ampliamente variable oscilando entre 0.02-3%; aparece durante cualquier época del tratamiento pero se presenta generalmente durante los 10 primeros días. El paciente presenta un cuadro completo que se desarrolla entre 24-72 horas presentando hipertermia (mayor a 38 grados), rigidez muscular, taquicardia, arritmias, compromiso de la conciencia y convulsiones. Las complicaciones fatales son la insuficiencia respiratoria y neumonía.

67. Tirosina.- aminoácido proteínico, precursor de ciertas melaninas y hormonas tiroideas; es la precursora de la dopamina.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackernecht, Edwin, H: Breve Historia de la Psiquiatría, Buenos aires, EUDEBA, 1962, pág. 30 a 52.
- Benedict Agustin Morel: Esquizofrenia, Barcelona, HERDER, 1962, pag.15 a 24, 61 a 71, 78 a 86.
- Bellak, L. Esquizofrenia, Barcelona, Editorial Herder, 1962, págs. 15 a 24, 61 a 71, 78 a 86, 133
- Bleuler, E, “Demencia Precoz” , Buenos Aires, Editorial Paidós, págs:156-172.
- Freud, “El yo y el ello”. Edición, 1923.
- Ey, H. Tratado de psiquiatría, 8°. Edición, Barcelona, Toro y Masson, 1978. Pag. 458 a 462, 472 a 474, 500 a 530
- D.S.M. III, Asociación Psiquiátrica Americana, Editorial Salvat. Págs. 19 a 37, 191 a 213.
- Figueras, A. Zimman, L. Tratado elemental de Psiquiatría, 2da. Edición, Buenos Aires, López y Etchegoyen editores, 1952, pág. 228 a 254.
- Alonso Fernández, F: Fundamentos de la Psiquiatría Actual, Tomo II, 4ta.
- Edición Madrid, Paz Montalvo, 1979. págs. 309 a 329-336 a 353.
- Toro y Yepes, “Tratado de Psiquiatría”, Medellín-Colombia. Tercera Edición, 2001, págs. 104 a 105.
- López, “Historia de la Psicología Médica”, Buenos Aires. Editorial, Psique 1968. págs. 301 a 528
- Lewis, Arieti, S: Interpretación de la esquizofrenia, Editorial Labor, 1965 pág. 7 a 32
- Brown JW, “Frontal Lobe síndrome”, AM J Psichiat 1993. pág. 898 a 903
- Journal of psychiatry Research, CH 17, pág. 319 a 324.
- D.S.M-IV-TR, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Editorial Masson. Págs. 340 a 343.

ANEXOS

Diseño de esquema aprobado	Anexo 1
H – T – P	Anexo 2
Test de la familia	Anexo 3
Protocolo WAIS	Anexo 4
EPQ – A	Anexo 5
Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia	Anexo 6
Escala de Hamilton para la ansiedad	Anexo 7
Inventario de la depresión de Beck	Anexo 8

“PSICOEDUCACIÓN A FAMILIAS DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS MEDIANTE UN ENFOQUE SISTÉMICO FAMILIAR”

“Estudio a realizarse en el centro CREIAD de la ciudad de Cuenca”

JUSTIFICACIÓN:

Siendo la esquizofrenia, un trastorno mental, que afecta no solo al individuo, sino también a todos cuanto rodean al enfermo. Se ve la necesidad de plantear desde el ámbito psicológico un enfoque por medio del cual, se brinde un tratamiento general a todos quienes se ven alterados de una u otra manera por la llegada de esta enfermedad.

El enfoque “sistémico familiar”, trata del involucrar a la familia con la situación que vive el paciente, para que de esta manera no sea solo un problema aislado del individuo; sino que de cierta manera se de esa participación de apoyo y ayuda para todos.

Este tema de psicoeducación a familias de pacientes esquizofrénicos, desde el punto de vista psicológico es muy enriquecedor para quienes lo pueden tratar, ya que primero que nada se llega a distinguir como se desarrolla la enfermedad en el paciente, además la interacción del sistema familiar, las alianzas que se dan, y la capacidad de afrontamiento que tiene cada miembro de la familia.

Se ve necesario realizar este estudio, a pacientes esquizofrénicos y su interacción con la familia, ya que hoy en día lastimosamente, se le toma a esta enfermedad como un mal sin remedio y sin tratamiento para quien la sufre y además de esto, se le toma a quien la padece como un ser no productivo, aislándolo totalmente del contexto social.

OBJETIVOS:

General:

- Brindar psicoeducación a familias de pacientes esquizofrénicos, con un enfoque sistémico familiar.

Específicos:

- Diferenciar los diferentes tipos de esquizofrenia con su respectiva sintomatología en los casos a estudiar.
- Disminuir el grado de ansiedad y de estrés que presentan los familiares del esquizofrénico con diferentes técnicas.

MARCO TEÓRICO:

La esquizofrenia, es una denominación para un grupo de trastornos mentales con variada sintomatología. Los síntomas de la esquizofrenia no aparecen de forma simultánea, afectan además a las áreas del pensamiento, sentimientos, percepciones y a las relaciones interpersonales.

Los primeros síntomas de la esquizofrenia suelen aparecer a al edad adulta, los primeros episodios acontecen durante la adolescencia y a principios de la edad adulta.

“Las alteraciones del pensamiento se traducen en la incapacidad para establecer conexiones lógicas o en la aparición de delirios”¹.

Las alucinaciones son la principal alteración de la percepción y las más frecuentes son las auditivas. Las reacciones emocionales son frías e inapropiadas.

Las alteraciones del movimiento se manifiestan de dos formas: la Catatonía es una situación poco frecuente en la que el paciente mantiene una postura rígida durante largos períodos de tiempo; sin embargo los movimientos incongruentes y reiterativos realizados de forma impulsiva.

Las relaciones interpersonales se deterioran progresivamente ya que el paciente esquizofrénico tiende a ser introvertido. Por lo que a más de perjudicar la salud del paciente únicamente, daña también las relaciones interpersonales con su familia, amigos, etc. Es por eso que en todos los casos de una perturbación psicótica aguda o crónica, como la esquizofrenia, de uno o varios miembros de la familia; significa un gran reto.

El enfoque “Sistémico Familiar”, trata de que se de un consenso terapéutico familiar, donde se estipule un contrato de comunicación clara y confiable por parte de todos y, en especial que en casos como este, se de un foco de atención común.

Las investigaciones familiares de las últimas décadas –sobre todo de Wynne y Singer (1965, 1975)- han mostrado que en muchas familias con integrantes esquizofrénicos no puede presuponerse esa capacidad o voluntad comunicativa².

¹ Ey, H. Tratado de psiquiatría, 8º. Edición, Barcelona, Toro y Masson, 1978, pág. 458 a 462 – 472 a 474 – 500 a 530

² Stierlin, Helm, Terapia de familia, Barcelona España, Editorial Gedisa, 1981, págs. 139 a 147.

Es por eso que en numerosas ocasiones o talvez en todas las familias de los esquizofrénicos, a lo largo de los años se van instituyendo estilos de comunicación que confunden tanto a las personas que participan desde fuera o como a la familia misma, dándoles la impresión de estar pisando sobre arena movediza.

Es por esto, que se ve necesario una psicoeducación tanto de la familia, amigos, personas relacionadas, etc; e individualmente. Todo esto con el objeto de aumentar la adherencia del paciente y de su familia al tratamiento.

Hoy en día se acepta, las estrategias psicoeducativas que aumentan la participación del paciente y de la familia en el tratamiento cuando logran comprender las características clínicas de la enfermedad, disminuyendo los sentimientos de culpa y desesperanza.

CONTENIDO:

1. ESQUIZOFRENIA-INTRODUCCIÓN

1.1 GENERALIDADES

1.2 COMPENDIO DE DEFINICIONES SEGÚN VARIOS AUTORES

1.3 EPIDEMIOLOGÍA

1.4 FACTORES ETIOLOGICOS

2. ESTUDIOS PSICONEUROLÓGICOS RELATIVOS A LOS ESQUIZOFRENICOS

2.1 DEFICIT INTELECTUAL

2.2 GENETICOS

2.3 BIOLÓGICO-NEUROLOGICO

3 PAUTAS DIAGNÓSTICAS PARA LA ESQUIZOFRENIA.

3.1 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA.

3.2 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

3.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

4 CREIAD

4.1 RESEÑA HISTÓRICA

4.2 OBJETIVOS DEL CENTRO

4.3 VISIÓN

4.4 MISIÓN

4.5 REALIDAD DEL CENTRO

5 FAMILIA DEL ESQUIZOFRÉNICO

5.1 TERAPIA SISTEMICO-FAMILIAR

5.2 DE QUÉ TRATA

5.3 COMO SE LA EMPLEA

5.4 TRATAMIENTO A FAMILIAS DE PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS EN EL CENTRO CREIAD.

6 CONCLUSIONES

METODOLOGÍA A EMPLEAR:

1. Encontrar un centro donde se encuentren hospitalizados pacientes esquizofrénicos para tratar con su familia y con el mismo.
2. Una vez encontrado el centro (CREIAD), se envía solicitud para la aceptación del trabajo con los pacientes y su familia.
3. Proceso de inducción al centro (CREIAD) y asignación de los casos.
4. Recopilación de información a través de historias clínicas, fuentes directas, mixtas.
5. Elaboración de un plan de trabajo para con el esquizofrénico y su familia. Dentro de este plan de trabajo incluye: Aplicaciones de test proyectivos (H.T.P; familia), personalidad, inteligencia (WAIS), escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la esquizofrenia, escala de ansiedad de Hamilton; tanto para la familia como para el paciente, también se realizarán sesiones familiares con el fin de psicoeducarlos trabajando en la comunicación de cada miembro de la familia.
6. Una vez conocidos los resultados, se realizarán las sesiones respectivas con la familia del esquizofrénico durante un lapso de dos citas semanales por mes y medio.
7. Al finalizar la última cita se realizará nuevamente la aplicación de test de Ansiedad de Halmiton para conocer si los niveles de ansiedad disminuyeron de la familia durante el proceso terapéutico.
8. Resultados finales
 - Se tomará como muestra cuatro pacientes esquizofrénicos con su respectiva familia , siendo designado dos familias para cada una
 - La elaboración de la tesis se trabajará conjuntamente a la excepción del tratamiento con las familias de los pacientes

BIBLIOGRAFÍA:

1. Stierlin, Helm, Terapia de familia, Barcelona España, Editorial Gedisa, 1981, págs. 139 a 147.
2. Ackernelch, Edwin, H: Breve Historia de la Psiquiatría, Buenos aires, EUDEBA, 1962, pág. 30 a 52.
3. Arieti, S: Interpretación de la esquizofrenia, Editorial Labor, 1965 pág. 7 a 32.
4. Bellak, L. Esquizofrenia, Barcelona, Editorial Herder, 1962, págs. 15 a 24 - 61 a 71- 78 a 86 – 133 a 205.
5. Bleuler, E, Demencia Precoz. El grupo de las Esquizofrenias, Buenos Aires, Editorial Paidós
6. Ey, H. Tratado de psiquiatría, 8°. Edición, Barcelona, Toro y Masson, 1978, pág. 458 a 462 – 472 a 474 – 500 a 530.
7. Figueras, A. Zimman, L. Tratado elemental de Psiquiatría, 2da. Edición, Buenos Aires López y Etchegoyen editores, 1952, pág. 228 a 254.
8. Fredman, A. M. Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. Tratado de Psiquiátrica, Barcelona, Editorial Salvat, 1982, pág. 951 a 960 – 994 a 1016.
9. Goldar, J.C. Kasanin, A. J. Lenguaje y pensamiento de la Esquizofrenia, Buenos Aires, Editorial Paidós, 1958, pág. 17 a 19.
10. Kretschmer, E. Constitución y carácter, 2da. Edición, Barcelona, editorial labor, 1954, pág 194 a 249.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

FEBRERO 20 A MARZO 1:

- Recopilación de información necesaria para desarrollo de tesis.
- Asignación de pacientes por parte del centro CREIAD.

MARZO 4 A ABRIL 4:

- Visitas al centro por dos veces a la semana para tratamiento con el paciente y familiares.

ABRIL 5 A ABRIL 21:

- Resultados de los casos aplicados al tratamiento.

ABRIL 24 A MAYO 12:

- Compaginar toda la información obtenida, tanto teórica como práctica.

MAYO 15 A MAYO 26:

- Conclusiones y recomendaciones.

RECURSOS A UTILIZAR:

Para la realización de la presente tesis se utilizará:

- Tests
- Copias
- Computadora
- Scanner
- Cámara de fotos
- Automóvil
- Libros con respecto al tema
- Internet
- Impresora
- Power Point

RECURSOS ECONÓMICOS:

Según el presupuesto económico que se utilizará, se tiene un aproximado de quinientos dólares.

7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Definición operativa de los ítems	Puntos				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> - General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Total: 35 puntos
Ansiedad Moderada/Grave.

María Freire 23/03/06

4.1. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

1. Delirios	①	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	①	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	①	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	②	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	⑤	4	5	6	7
6. Suspacia/perjuicio	1	②	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	②	3	4	5	6	7
<i>Escala positiva PANSS-P</i>	<i>Puntuación directa: 12</i>			<i>Percentil: 5</i>			
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	⑤	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	③	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	③	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	④	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	①	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la conversación	1	2	③	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	②	3	4	5	6	7
<i>Escala negativa PANSS-N</i>	<i>Puntuación directa: 21</i>			<i>Percentil: 95</i>			
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala compuesta PANSS-C</i>	<i>Puntuación directa: +9</i>			<i>Percentil: +5</i>			
1. Preocupación somática	1	②	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	①	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	①	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	②	3	4	5	6	7
5. Manerismos/posturas	①	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	②	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	①	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	④	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	①	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	①	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	①	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de insight	①	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	①	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	③	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	②	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	③	4	5	6	7
<i>Psicopatología general PANSS-PG</i>	<i>Puntuación directa: 27</i>			<i>Percentil: 5</i>			
	1	2	3	4	5	6	7

→ Más Restrictivos
Esquizofrenia Positiva (en la escala negativa
menos de 3 ítems obtienen una puntuación
superior a 3).

→ Menos Restrictivos
Presentan síntomas positivos (+9).

Maria Freire 23/03/06

EPQ - A

	PD	PC	GN
N	8	15	
E	9	30	
P	10	39	
S	12	50	

Apellidos y nombre Freire Suárez María Nancy Edad 49 Sexo F
 Centro CREIAD Curso N.º
 Observaciones Fecha 23/03/06

Instrucciones

Las preguntas siguientes se refieren a diferentes modos de pensar y sentir. Después de cada una están las palabras Sí y No.

Lea cada pregunta y conteste poniendo una cruz o aspa sobre la palabra Sí o la palabra No, según sea su modo de pensar o sentir. No hay respuestas buenas o malas; todas sirven. Tampoco hay preguntas de truco.

Mire cómo se han contestado los siguientes ejemplos:

	Respuesta
A) ¿Le gustaría ir de vacaciones al Polo Norte?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
B) ¿Se para a pensar las cosas antes de hacerlas?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Quien ha señalado las respuestas ha contestado que No le gustaría ir de vacaciones al Polo Norte y que Sí, es verdad, se para a pensar las cosas antes de hacerlas.

No piense demasiado las cuestiones, ni emplee mucho tiempo en decidirse. Las frases son muy cortas para darle todos los detalles que Vd. quisiera. Procure no dejar cuestiones sin contestar; tal vez algunas le parezcan muy personales; no se preocupe y recuerde que este Ejemplar se guarda como documento confidencial y no puede ser valorado sin una plantilla especial; por otra parte, al obtener los resultados no se consideran las respuestas una a una, sino globalmente.

ESPERE, NO PASE A LA PAGINA SIGUIENTE HASTA QUE SE LE INDIQUE



Autores: H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck. Versión española: V. Escolar, A. Lobo y A. Seva-Díaz (Zaragoza).
 Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S. A. - Traducido y adaptado con permiso de Hodder & Stoughton, Kent, England. Copyright © 1975 by H. J. Eysenck & S. B. G. Eysenck - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Edita: TEA Ediciones, S. A. - Fray Bernardino de Sahagún, 24, Madrid-16 - Imprime: Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpdo., Madrid-2 - Depósito legal: M. - 28.626 - 1982.

Respuesta

1. ¿Tiene Vd. muchos «hobbys», muchas aficiones? ... No
2. ¿Le preocuparía tener deudas? ... No
3. ¿Tiene a menudo altibajos su estado de ánimo? ... No
4. ¿Ha sido alguna vez acaparador, cogiendo más de lo que le correspondía? ... No
5. ¿Es Vd. una persona conversadora? ... No
6. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal? ... No
7. ¿Se siente alguna vez desgraciado sin ninguna razón? ... No
8. ¿Es Vd. de los que cierra las puertas de su casa cuidadosamente todas las noches? ... No
9. ¿Tomaría Vd. drogas o medicamentos que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos? ... No
10. ¿Se preocupa Vd. a menudo por cosas que no debería haber hecho o dicho? ... No
11. ¿Ha quitado Vd. algo que no le pertenecía, aunque no fuese más que un alfiler o un botón? ... No
12. ¿Es Vd. una persona animada, alegre? ... No
13. ¿Le gusta conocer a gente nueva, hacer amistades? ... No
14. ¿Es Vd. una persona irritable? ... No
15. Cuando promete hacer algo, ¿cumple su promesa a pesar de los muchos inconvenientes que se puedan presentar? ... No
16. Normalmente, ¿puede relajarse y disfrutar en una reunión social animada? ... No
17. ¿Se hieren sus sentimientos con facilidad? ... No
18. ¿Ha roto o perdido Vd. algo que pertenecía a otra persona? ... No
19. ¿Tiende Vd. a mantenerse en segundo plano en las reuniones sociales? ... No
20. ¿Disfruta Vd. hiriendo o mortificando a personas que ama o quiere? ... No
21. ¿Se siente a menudo harto, «hasta la coronilla»? ... No
22. ¿Había a veces de cosas de las Vd. no sabe nada? ... No
23. ¿Le gusta mucho salir? ... No
24. ¿Está Vd. siempre dispuesto a admitir un error cuando lo ha cometido? ... No
25. ¿Le asaltan a menudo sentimientos de culpa? ... No
26. ¿Piensa Vd. que el matrimonio está pasado de moda y debería suprimirse? ... No
27. ¿Tiene Vd. enemigos que quieren hacerle daño? ... No
28. ¿Se considera Vd. una persona nerviosa? ... No
29. ¿Cree que los sistemas de seguros son una buena idea? ... No
30. ¿Prefiere Vd. leer a conocer gente? ... No
31. ¿Disfruta gastando bromas que a veces pueden herir o molestar a otras personas? ... No
32. ¿Se considera Vd. una persona despreocupada, feliz? ... No
33. ¿Ha dicho Vd. alguna vez algo malo o malintencionado acerca de alguien? ... No

NO SE DETENGA, PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

N	E	P	S
1	2	3	2

	Respuesta	
34. ¿Tiene Vd. muchos amigos?	Si	No
35. ¿Se interesa por el porvenir de su familia?	Si	No
36. ¿Es Vd. una persona preocupadiza?	Si	No
37. Cuando era niño, ¿fue alguna vez descarado con sus padres?	Si	No
38. ¿Toma Vd. generalmente la iniciativa para hacer nuevos amigos?	Si	No
39. ¿Sufre Vd. de insomnio?	Si	No
40. ¿Se preocupa Vd. acerca de cosas terribles que puedan suceder?	Si	No
41. ¿Son buenas y convenientes todas sus costumbres?	Si	No
42. ¿Es Vd. de los que a veces fanfarronean un poco?	Si	No
43. ¿Le gusta alternar con sus amistades?	Si	No
44. ¿Se considera Vd. tenso, irritable, «de poco aguante»?	Si	No
45. ¿Ha hecho alguna vez trampas en el juego?	Si	No
46. Si se encuentra un niño perdido entre una muchedumbre de gente, ¿se compadecería de él?	Si	No
47. ¿Se preocupa Vd. acerca de su salud?	Si	No
48. ¿Se ha aprovechado Vd. alguna vez de otra persona?	Si	No
49. ¿Permanece Vd. generalmente callado cuando está con otras personas?	Si	No
50. ¿Le molesta la gente que conduce con cuidado?	Si	No
51. ¿Duda mucho antes de tomar cualquier decisión, por pequeña que sea?	Si	No
52. Cuando era niño, ¿hacía lo que le mandaban inmediatamente y sin protestar?	Si	No
53. ¿Le resulta fácil animar una reunión social que está resultando aburrida?	Si	No
54. ¿Para Vd. tienen la mayoría de las cosas el mismo sabor?	Si	No
55. ¿Se ha sentido a menudo desanimado, cansado, sin ninguna razón?	Si	No
56. ¿Piensa que la gente pasa demasiado tiempo preocupándose por su futuro con ahorros y seguros?	Si	No
57. ¿Le gusta contar chistes y anécdotas a sus amigos?	Si	No
58. ¿Le gusta llegar a tiempo a sus citas?	Si	No
59. ¿Siente Vd. a menudo que la vida es muy aburrida?	Si	No
60. ¿Dejaría Vd. de pagar sus impuestos si estuviera seguro de que nunca lo descubrirían?	Si	No
61. ¿Le gusta mezclarse con la gente?	Si	No
62. ¿Hay personas que evitan encontrarse con Vd.?	Si	No
63. ¿Le preocupa mucho su apariencia externa?	Si	No
64. ¿Le importan mucho los buenos modales y la limpieza?	Si	No
65. ¿Es o fue su madre una buena mujer?	Si	No
66. ¿Ha deseado alguna vez morir?	Si	No

NO SE DETENGA, PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

N	E	P	S
3	2	3	4

	Respuesta	
67. ¿Ha insistido alguna vez en salirse con la suya?	Si	No
68. ¿Tiene Vd. casi siempre una respuesta rápida, a mano, cuando la gente le habla? ...	Si	No
69. ¿Trata Vd. de no ser grosero, mal educado, con la gente?	Si	No
70. ¿Se queda preocupado demasiado tiempo después de una experiencia embarazosa, molesta?	Si	No
71. ¿Ha llegado Vd. alguna vez tarde a una cita o al trabajo?	Si	No
72. ¿Le gusta hacer cosas en las que tenga que actuar con rapidez? ...	Si	No
73. Cuando Vd. tiene que coger el tren, ¿llega a menudo en el último momento?	Si	No
74. ¿Sufre Vd. de los "nervios"?	Si	No
75. ¿Se lava siempre las manos antes de las comidas?	Si	No
76. ¿Comienza a menudo actividades que le ocupan más tiempo del que realmente dispone?	Si	No
77. ¿Se rompe fácilmente su amistad con otras personas sin que Vd. tenga la culpa? ...	Si	No
78. ¿Se siente a menudo solo?	Si	No
79. ¿Deja Vd. a veces para mañana lo que puede hacer hoy?	Si	No
80. ¿Es Vd. capaz de animar, de poner en marcha una reunión social?	Si	No
81. ¿Le daría pena ver a un animal cogido en una trampa?	Si	No
82. ¿Se siente fácilmente herido cuando la gente le encuentra fallos a Vd. o a su trabajo?	Si	No
83. ¿Piensa que tener un seguro de enfermedad es una tontería?	Si	No
84. ¿Le gusta hacer rabiar algunas veces a los animales?	Si	No
85. ¿Se encuentra Vd. algunas veces rebosante de energía y otras veces lento y apagado?	Si	No
86. ¿Practica Vd. siempre lo que predica?	Si	No
87. ¿Le gusta que haya mucha animación, bullicio, a su alrededor?	Si	No
88. ¿Le gustaría que otras personas le tuvieran miedo?	Si	No
89. ¿Es Vd. susceptible o se le molesta fácilmente con ciertas cosas?	Si	No
90. ¿Respetaría siempre su lugar en una cola, a pesar de todo?	Si	No
91. ¿Piensan otras personas que Vd. es muy enérgico y animado?	Si	No
92. ¿Prefiere normalmente salir solo?	Si	No
93. ¿Le hace perder el apetito cualquier contrariedad, por pequeña que ésta sea?	Si	No
94. ¿Considera que podría portarse mejor con algunos de sus amigos?	Si	No

COMPRUEBE LA COLUMNA DE RESPUESTAS PARA VER SI HA DEJADO ALGUNA CUESTION SIN CONTESTAR

N	E	P	S
4	5	4	6

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

(Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F.; Emery, G.)

El "Inventario de depresión", de Beck, fue desarrollado, en un primer momento, como un instrumento de 21 ítems que evaluaba la intensidad de la depresión. A continuación los autores desarrollaron una versión paralela, transformando cada ítem en cuatro o seis frases que van en orden creciente de intensidad.

El contenido de los ítems refleja claramente la importancia concedida por los autores al componente cognitivo de la depresión.

Se le pide al sujeto que en cada uno de los 21 ítems marque con una señal (encierre en un círculo) el número que se encuentra a la izquierda de la frase que mejor refleje su situación durante la última semana, incluyendo el día de hoy.

La escala de puntos va de 0 a 63. La puntuación total se obtiene sumando los valores correspondientes a cada una de las frases marcadas por el sujeto, en los 21 ítems.

Los puntos de corte establecidos para graduar el síndrome depresivo son los siguientes:

NORMAL.....	0	a	9
DEPRESION LEVE.....	10	a	18
DEPRESION MODERADA...	19	a	29
DEPRESION GRAVE.....	30	a	40
DEPRESION EXTREMA.....	41	a	63

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE María Freire EDAD 44 FECHA 23/03/06

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que esta a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1. 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.
3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2. 0 No me siento especialmente desanimado(a) ante el futuro.
1 Me siento desanimado(a) respecto al futuro.
2 Siento que no tengo nada que esperar.
3 Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3. 0 No creo que sea un fracasado(a).
1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
2 Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
3 Creo que soy un fracasado absoluto como persona.
4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.
2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.
3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.
5. 0 No me siento especialmente culpable.
1 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
2 Me siento bastante culpable casi siempre.
3 Me siento culpable siempre.
6. 0 No creo que esté siendo castigado(a).
1 Creo que puedo ser castigado(a).
2 Espero ser castigado(a).
3 Creo que estoy siendo castigado(a).
7. 0 No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a).
1 Me he decepcionado a mí mismo(a).
2 Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a).
3 Me odio.
8. 0 No creo ser peor que los demás.
1 Me critico por mis debilidades y errores.
2 Me culpo siempre por mis errores.
3 Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9. 0 No pienso matarme.
1 Pienso en matarme, pero no lo haría.
2 Me gustaría matarme.
3 Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. 0 No lloro más que de costumbre.
1 Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.
2 Ahora lloro todo el tiempo.
3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

11. 0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre.
 1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre.
 2 Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.
 3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
12. 0 No he perdido el interés por otras personas.
 1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre.
 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.
 3 He perdido todo mi interés por otras personas.
13. 0 Tomo decisiones casi como siempre.
 1 Postergo la toma de decisiones más que de costumbre.
 2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 3 Ya no puedo tomar más decisiones.
14. 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a), sin atractivos.
 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractiva(a).
 3 Creo que me veo fea(a).
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.
 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 3 No puedo trabajar en absoluto.
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.
 1 No duermo tan bien como solía hacerlo.
 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.
 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme.
17. 0 No me canso más que de costumbre.
 1 Me canso más fácilmente que de costumbre.
 2 Me canso sin hacer casi nada.
 3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo.
18. 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.
 1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 2 Mi apetito está mucho peor que ahora.
 3 Ya no tengo apetito.
19. 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, ultimamente.
 1 He rebajado más de dos kilos y medio.
 2 He rebajado más de cinco kilos.
 3 He rebajado más de siete kilos y medio.
20. 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.
 2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
 3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.
 2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.
 3 He perdido por completo el interés por el sexo.

PUNTUACION TOTAL: 5 NIVEL DE DEPRESION Normal

EXAMINADOR Verónica Frere F.

PROTOCOLO

WAIS

Nombre Maria Freire Sexo F Edad 48 años
 Fecha de nac. 7 Agosto/57 Estado Civil casada Nacionalidad Ecuatoriana
 Nivel de escolaridad Primaria Ocupación Quehaceres Domésticos
 Fecha del test 24/04/06 Lugar de administración CREIAD Examinador Lorena Chérrez

TABLA DE PUNTAJES EQUIVALENTES*												
Puntaje equivalente	Puntajes brutos											Puntaje equivalente
	Información	Comprensión	Aritmética	Analogías	Dígitos	Vocabulario	Dígitos Simbólicos	Completamiento de figuras	Diseño con cubos	Ordenamiento de láminas	Impermeables	
19	27	27-28		26	17	78-80	87-90					19
18	23	26		25		76-77	83-86	21				18
17	27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	44	17
16	25	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47	34	42	16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	41	15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40	14
13	21-22	21	14	19-20		59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39	13
12	19-20	20	13	17-18	13	54-58	62-65	17	39-41	28-29	36-37	12
11	17-18	19	12	15-16	12	47-51	58-61	15-16	35-38	26-27	34-35	11
10	15-16	17-18	11	13-14	11	40-46	52-57	14	31-34	23-25	31-33	10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	32-39	47-51	12-13	28-30	20-22	28-30	9
8	11-12	14	9	9-10		26-31	41-46	10-11	25-27	18-19	25-27	8
7	9-10	10-13	7-8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24	7
6	7-8	10-11	6	5-6	8	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21	6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18	5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14	4
3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	8-10	3
2	2	4	2	1	6	9	13-14	2	3-5	6	5-7	2
1	1	3	1		4-5	8	12	1	2	5	3-4	1
0	0	0-2	0	0	0-3	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2	0

RESUMEN		
SLBTEST	Puntaje bruto	Puntaje equivalente
Información	8	6
Comprensión	13	7
Aritmética	5	5
Analogías	2	3
Dígitos	4	1
Vocabulario	33	9
PUNTAJE VERBAL 31		
Dígitos-Simbólicos	20	4
Completamiento de fig.	2	2
Diseño con cubos	8	3
Ordenamiento de lám.	8	4
Rompecabezas	14	4
PUNTAJE DE EJECUCIÓN 17		
PUNTAJE TOTAL 48		
PUNTAJE VERBAL 31 = 73		
PUNTAJE DE EJECUCIÓN 17 = 69		
PUNTAJE DE ESCALA COMP 48 = 70		

* Se puede obtener un "psicograma" con los datos de esta tabla uniendo con una línea los puntajes brutos del sujeto. La interpretación de cada perfil, sin embargo, debe tener en cuenta la confiabilidad de los sujetos y la menor confiabilidad de las diferencias entre los puntajes de los sujetos.

1. INFORMACION	Puntaje 100		Puntaje 100		Puntaje 100
1. Bandera	/	11. Italia	O	21. Corán	
2. Pedaño	/	12. Ropa	O	22. Génesis	
3. Meses	/	13. Semanas	O	23. París	
4. Termómetro	/	14. Quijote	O	24. Levadura	
5. Cauché	O	15. Vaticano		25. Etnología	
6. Bris dentas	/	16. Temperatura		26. Vasos sanguíneos	
7. Eneveverría	/	17. San Martín		27. Fausto	
8. Panamá	/	18. Egipcio		28. Gobernadores	
9. Canaca	/	19. Población		29. Acócrifos	
10. Estatura	O	20. Iliada			

Observaciones: 8



Editorial Paidós

D. Wechsler: Test de inteligencia para adultos
 Copyright 1947, © 1955 by The Psychological Corporation • Copyright © 1984 by Editorial Paidós
 Todos los derechos reservados • Impreso en Argentina - Printed in Argentina



The Psychological Corporation

2. COMPRENSION		Puntaje
Lavar ropa		2.1 5 0
1. Maquina del tren		2
2. Suore	Entregar a la persona que este	1
3. Muchas compañías	Debemos apoyarlas para q' cambien	0
4. Fuego	Avisar a los bomberos	1
5. Impuestos	No se sabe	0
6. No dejes para mañana	A veces hay q' esperar.	0
7. Trabajo de menores	Porq' deben estudiar	1
8. Bosque	cosa difícil, depende del bosque	0
9. Serenos	No sabe.	0
10. Tierra	Porq' hay negocios	1
11. Registro Civil	para poder registrar los nombres	2
12. Mucho ruido	Hablamos mucho y no hacemos nada	2
13. Golondrina	Porq' se requiere de su compañero	1
		13

4. ANALOGIAS		Puntaje
1. Naranja - Banana	Hay que pelarlas	2
2. Saco - Vestido	con diferentes	0
3. Hacha - Serrucho	hacha → leña serrucho → tablas	0
4. Perro - Leon	SON amables	0
5. Nombre - Cesta	No podria decirle	0
6. Ojo - Oido		
7. Aire - Agua		
8. Mesa - Silla		
9. Huevo - Semilla		
10. Poema - Estrofa		
11. Madera - Alcohól		
12. Elogio - Castigo		
13. Mosca - Arbol		
		2

3. ARITMETICA			
	C	Tiem	Puntaje
1. 15"			0 ①
2. 15"			0 ①
3. 15"	9	3"	0 ①
4. 15"	4	5"	0 ①
5. 30"	150	5"	0 ①
6. 30"	-	-	① 1
7. 30"	30	2"	① 1
8. 30"	2	10"	① 1
9. 30"	-	-	① 1
10. 30"			0 1
11. 60"			0 1 2 ¹⁻¹⁰
12. 60"			0 1 2 ¹⁻¹⁰
13. 60"			0 1 2 ¹⁻¹⁰
14. 120"			0 1 2 ¹⁻¹⁰
			5

5. DIGITOS		Puntaje
Hacia adelante	Marcar	
5-8-2		3
6-9-4		3
6-4-3-9		④ 4
7-2-8-6		4
4-2-7-3-1		5
7-5-8-3-6		5
6-1-9-4-7-3		6
3-9-2-4-8-7		6
5-9-1-7-4-2-8		7
4-1-7-9-3-8-6		7
5-8-1-9-2-6-4-7		8
3-8-2-9-5-1-7-4		8
2-7-5-8-6-2-5-8-4		9
7-1-3-9-4-2-5-6-8		9
Hacia atrás	Marcar	
2-4		2
5-8		2
6-2-9		3
4-1-5		3
3-2-7-9		4
4-9-6-8		4
1-5-2-8-6		5
6-1-8-4-3		5
5-3-9-4-1-8		6
7-2-4-8-5-6		6
8-1-2-9-3-6-5		7
4-7-3-9-1-2-8		7
9-4-3-7-6-2-5-8		8
7-2-8-1-9-6-5-3		8
Ad. $\frac{4}{1} + \frac{0}{1} = 4$		
Mejores desamortas		

	Puntaje 2, 1 ó 0	6. VOCABULARIO
1. Cama	2	
2. Barco	2	
3. Centavo	2	
4. Invierno	1	Cuando llueve
5. Reparar	2	Reparar algo dañado
6. Desayuno	2	Algo q' se toma en la mañana
7. Tejido	0	Tejer algo
8. Rebanada	0	De una naranja o banana
9. Reunir	0	Reunir de familia
10. Ocultar	2	Algo q' no se puede decir
11. Enorme	2	Algo grande
12. Aposurar	0	Por ejm la salida mta
13. Graciación	2	rezar
14. Reglamentar	0	No sé
15. Comenzar	1	Comenzar una nueva relación
16. Caviar	0	No sé
17. Caverna	0	Lugar donde venden cosas
18. Designar	0	Alguien para q' nos ayude.
19. Doméstico	2	Accesorios de casa
20. Consumir	2	consumir dinero, comida
21. Terminar	1	Terminar este ejercicio
22. Obstruir	1	un paso
23. Remordimiento	1	Algo q' hemos hecho malo.
24. Santuario	1	donde vamos a orar
25. Incomparable	0	Algo grande, hermoso
26. Resuente	0	Resuar
27. Calamidad	2	cuando hay pobreza, hambre.
28. Fortaleza	1	Llevarnos de fe, esperanza, amor.
29. Tranquilo	2	tener tranquilidad interior
30. Edificio	0	Lugar donde hay muchas personas
31. Composición	1	Hacer algo por caridad
32. Tangible	0	Resuente a algo
33. Perímetro	0	Perimetrage
34. Audaz	1	Alguien q' se atreve a algo difícil
35. Ominoso	0	luminoso
36. Diatriba	0	-
37. Gravar	0	Gravar algo para tener recuerdos
38. Plagiar	0	Maltratar, pegar
39. Empalmar	0	Empalmar
40. Parodia	0	Repetir palabras.

Casa - Árbol - Persona
TECNICAS DE DIBUJO PROYECTIVO

H - T - P

Folleto para la interpretación

NOMBRE: Maria Freire FECHA: 19/04/06
SEXO: Femenino EDAD: 44 ESCOLARIDAD:
FUENTE DE REFERENCIA: Directa
PREGUNTAS DE REFERENCIA:
ENTREVISTADOR: Verónica Freire Palacios Lápiz Color

OBSERVACIONES GENERALES: **1**

CASA: Tiempo en que comenzó a dibujar (Latencia): 30 segundos
Tiempo para completar el dibujo: Medio minuto.

ÁRBOL: Tiempo en que comenzó a dibujar (Latencia) Diez segundos
Tiempo para completar el dibujo: Medio minuto.

PERSONA: Tiempo en que comenzó a dibujar (Latencia): Diez segundos
Tiempo para completar el dibujo: Veinte segundos.

CUESTIONARIO H.T.P.

CASA

- 1.* ¿Cuántos pisos tiene la casa? (¿Tiene escaleras la casa?) _____
2. De que está hecha la casa? Madera
- 3.* ¿Es suya? ¿de quien es? Si y de mi esposo e hijos
4. ¿En la casa de quien estaba pensando cuando la estaba dibujando?
En la casa q' voy a vivir.
5. ¿Le gustaría que fuera suya la casa? ¿Por que? Si, habria espacio para toda mi familia
- 6.* Si fuera dueña/o de la casa y pudiera y pudiera hacer lo que quisiera con ella. ¿Qué cuarto escogería para usted? ¿Por que? _____
- 7.* ¿Quién le gustaría que viva en esa casa con usted? ¿Por que? _____
8. Cuando mira la casa ¿le parece que se encuentra cerca o lejos de usted?
Cerca
9. Cuando mira la casa ¿tiene la impresión de que se encuentra por arriba de usted, debajo de usted o al mismo nivel que usted? Al mismo nivel.
10. ¿Qué le hace pensar o recordar la casa? La casa de mis padres.
11. ¿Qué más? a mis hermanos.
12. ¿Es una casa feliz y amistosa? Si
13. ¿Qué hay en la casa que le da esa impresión? las personas q' viven allí
14. ¿La mayoría de las casas son así? ¿Por qué piensa eso? Si, cuando uno vive allí se ponen alegres.
- 15.* ¿Cómo es el clima en este dibujo? (época del año, momento del día, cielo, temperatura) _____
16. ¿Qué tipo de clima le gusta? tipo tierra.
17. ¿A quién le recuerda esa casa? a sus padres
- 18.* ¿Qué es lo que mas necesita la casa? ¿Por que? _____
- 19.* Si esto fuera una persona en lugar de (cualquier objeto dibujado aparte de la casa) ¿Quién sería? _____
20. ¿Hacia donde lleva el humo la chimenea en esta casa? _____
21. dibuje y designe que cuarto esta representado por cada ventana, quien se encuentra allí generalmente. Dormitorio de padres y el otro de hermanos.

ARBOL

- 22.* ¿Qué clase de árbol es? _____
23. ¿Dónde se encuentra realmente ese árbol? Pensamos vivir con espaso
- 24.* ¿Aproximadamente que edad tiene ese árbol? 70 y algo más
- 25.* ¿Está vivo ese árbol? Si
26. ¿Qué hay en el que le de la impresión de que está vivo? esta verde.
27. ¿Que causó su muerte? (Si no está vivo) _____
28. ¿Volverá a estar vivo? _____
29. ¿Alguna parte del árbol está muerta? ¿Cual? ¿Qué cree que ocasionó su muerte? ¿Por cuánto tiempo ha estado muerto? No.
- 30.* ¿A qué se parece más ese árbol, a un hombre o a una mujer? _____
31. ¿Qué hay en el árbol que le da esa impresión? _____
32. Si fuera una persona en lugar de un árbol, ¿hacia donde estaría mirando? El futuro q' le espera
33. ¿El árbol se encuentra solo o dentro de un grupo de árboles? hay más árboles
34. Cuando mira el árbol, ¿Tiene la impresión de que se encuentra por encima de usted, debajo de usted, o al mismo nivel que usted? al mismo nivel.
- 35.* ¿Cómo es el clima en este dibujo? (época del año, momento del día, cielo, temperatura) _____
- 36.* ¿Está soplando el viento en este dibujo? Muéstreme en que dirección sopla. ¿Qué clase de viento es? _____
37. ¿Qué le recuerda ese árbol? a mi papi
38. ¿Qué más? y a mis hermanos.
39. ¿Es un árbol sano? ¿Qué le da esa impresión? Si, porq' se muestra verde.
40. ¿Es un árbol fuerte? ¿Qué le da esa impresión? Si, porq' nos sostiene a todos nosotros.
41. ¿A quién le recuerda el árbol? a mis hermanos.
- 42.* ¿Qué es lo que más necesita el árbol? ¿Por que? _____
43. ¿Alguien ha lastimado alguna vez al árbol? ¿Por que? No se dieron cuenta
- 44.* Si esto fuera una persona en lugar de (Cualquier objeto aparte del árbol) ¿Quién sería? _____

PERSONA

- 45.* ¿Es este un hombre o una mujer? (niño o niña) _____
- 46.* ¿Qué edad tiene? _____
- 47.* ¿Quién es? _____
48. ¿Es un pariente, un amigo o qué? su esposo
49. ¿En quien estaba pensando cuando dibujaba? en su hijo
- 50.* ¿Qué está haciendo? ¿Dónde lo está haciendo? jugando pelota, donde está el árbol
51. ¿En que está pensando? en q' me diera la mano
- 52.* ¿Cómo se siente? ¿Por que? Feliz, porq' tengo a sus padres y hermanos
- 53.* ¿Qué le hace pensar o recordar esa persona? _____
54. ¿Qué más? Ahora es feliz viendo toda su familia
- 55.* ¿Está sana esa persona? _____
56. ¿Qué es lo que le da esa impresión? porq' no se va en su familia
57. ¿Es feliz esa persona? No tan feliz
58. ¿Qué le da esa impresión? Porq' no estoy a su lado
59. ¿Es así la mayoría de la gente? ¿Por que? Si, a veces porq' están solos como yo extrañaba a mis padres
60. ¿Cree que le agradecería esa persona? Si
61. ¿Por que? El me ama y yo le amo
62. ¿Cómo es el clima en el dibujo? (época del año, momento del día, cielo, temperatura) Fresco, sano
63. ¿A quien le recuerda esa persona? ¿Por que? A mi hijo, se parece a mi esposo
- 64.* ¿Qué es lo que más necesita esa persona? ¿Por que? _____
- 65.* ¿Alguien ha herido alguna vez a esa persona? ¿Por qué? _____
- 66.* Si esto fuera una persona en lugar de (Cualquier objeto aparte de la persona) ¿Quién sería? _____
- 67.* ¿Qué tipo de ropa lleva puesta esta persona? _____
68. Dibujar el sol y la línea base en cada dibujo. Suponiendo que el sol fuera alguna persona que usted conoce, ¿Quién sería? su esposo porque juntos formamos un hogar

LISTA DE CONCEPTOS PARA LA INTERPRETACION

CASA	ARBOL	PERSONA
<p>S/N tiempo 10-12 minutos. Latencia - 30 segundos S/N Pocas borraduras S/N Simetria S/N Líneas no esbozadas ni sobrenfatizadas</p> <p>S/N Deficiencias aceptadas con buen humor</p>	<p>S/N tiempo 10-12 minutos. Latencia - 30 segundos S/N Pocas borraduras S/N Simetria S/N Líneas no esbozadas ni sobrenfatizadas</p> <p>S/N Deficiencias aceptadas con buen humor</p>	<p>S/N tiempo 10-12 minutos. Latencia - 30 segundos S/N Pocas borraduras S/N Simetria S/N Líneas no esbozadas ni sobrenfatizadas</p> <p>S/N Deficiencias aceptadas con buen humor</p> <p>S/N Se dibujo primero una persona del mismo sexo y fue mas elaborada S/N Características sexuales secundarias incluidas (adultos) S/N Papias dibujadas S/N Nariz sin orificios S/N Roca y cinturón indicados S/N Pies y orejas S/N Solamente omisiones menores</p>
OBSERVACIONES GENERALES	OBSERVACIONES GENERALES	OBSERVACIONES GENERALES
<p>— Actitud — Habilidad — Borraduras (incertidumbre, conflicto indecisión, autocritica, ansiedad) — Comentarios espontáneos ← Tiempo, latencia, pausas</p>	<p>— Actitud — Habilidad — Borraduras (incertidumbre, conflicto indecisión, autocritica, ansiedad) — Comentarios espontáneos ← Tiempo, latencia, pausas</p>	<p>— Actitud — Habilidad — Borraduras (incertidumbre, conflicto indecisión, autocritica, ansiedad) — Comentarios espontáneos ← Tiempo, latencia, pausas</p>
PROPORCION	PROPORCION	PROPORCION
<p>← Imagen / tamaño de la forma. Los niños normales muestran mas variabilidad en el tamaño de sus dibujos que los adultos normales Grande: ambiente restrictivo, tensión, compensación, Pequeña: inseguridad, aislamiento, descontento, regresión ← Detalles en la imagen simetria simetria excesiva: rigidez, fragmentación, distorsiones obvias: psicosis, organicidad, normal en niños bajo estrés moderada: ansiedad</p> <p>— Otro</p>	<p>← Imagen / tamaño de la forma. Los niños normales muestran mas variabilidad en el tamaño de sus dibujos que los adultos normales Grande: ambiente restrictivo, tensión, compensación, Pequeña: inseguridad, aislamiento, descontento, regresión ← Detalles en la imagen simetria simetria excesiva: rigidez, fragmentación, distorsiones obvias: psicosis, organicidad, normal en niños bajo estrés moderada: ansiedad</p> <p>— Otro</p>	<p>← Imagen / tamaño de la forma. Los niños normales muestran mas variabilidad en el tamaño de sus dibujos que los adultos normales Grande: ambiente restrictivo, tensión, compensación, Pequeña: inseguridad, aislamiento, descontento, regresión ← Detalles en la imagen simetria simetria excesiva: rigidez, fragmentación, asimetría: torpeza física, confusión de genero, distorsiones obvias: psicosis, organicidad, normal en niños bajo estrés moderada: ansiedad</p> <p>— Otro</p>

PERSPECTIVA

↙ Ubicación en la página
izquierda: aislamiento, regresión, organicidad (hemisferio izquierdo) preocupación por sí mismo, rumiación sobre el pasado.. Impulsividad, necesidad de gratificación inmediata
derecha: preocupación, ambiental, anticipación del futuro, estabilidad/ control, habilidad para retrasar la gratificación
ubicación central: rigidez común en niños pequeños
ubicación en la parte superior de la página: lucha no realista, fantaseo, frustración
ubicación en la parte superior izquierda: común en niños pequeños
ubicación en la parte inferior de la página: concreción, depresión, inseguridad, inadecuación

— Rotación: oposición cayendo: aflicción extrema
— Bordes del papel inferior: necesidad de apoyo lateral: sentimiento de constricción superior: miedo o evitación del ambiente los bordes impide que se complete el dibujo: organicidad
↙ Relación con el observador visto desde arriba: rechazo, grandiosidad compensatoria visto desde abajo: aislamiento, inferioridad
visto a distancia: inaccesibilidad, sentimiento de rechazo, situación en el hogar fuera de control postura / presentación dibujo de espaldas: aislamiento paranoia

↙ Línea de base: necesidad de seguridad, ansiedad
↙ Transparencia: mala orientación en la realidad es común en niños pequeños

— Movimiento
— Otro

PERSPECTIVA

↙ Ubicación en la página
izquierda: aislamiento, regresión, organicidad (hemisferio izquierdo) preocupación por sí mismo, rumiación sobre el pasado.. Impulsividad, necesidad de gratificación inmediata
derecha: preocupación, ambiental, anticipación del futuro, estabilidad/ control, habilidad para retrasar la gratificación
ubicación central: rigidez común en niños pequeños
ubicación en la parte superior de la página: lucha no realista, fantaseo, frustración
ubicación en la parte superior izquierda: común en niños pequeños
ubicación en la parte inferior de la página: concreción, depresión, inseguridad, inadecuación

— Rotación: oposición cayendo: aflicción extrema
— Bordes del papel inferior: necesidad de apoyo lateral: sentimiento de constricción superior: miedo o evitación del ambiente los bordes impide que se complete el dibujo: organicidad
↙ Relación con el observador visto desde arriba: rechazo, grandiosidad compensatoria visto desde abajo: aislamiento, inferioridad
visto desde lejos: aislamiento postura presentación si no es frontal: aislamiento paranoia

↙ Línea de base: necesidad de seguridad, ansiedad
↙ Transparencia: pobre orientación en la realidad es común en niños pequeños

— Movimiento: presiones ambientales
— Otro

PERSPECTIVA

↙ Ubicación en la página
izquierda: aislamiento, regresión, organicidad (hemisferio izquierdo) preocupación por sí mismo, rumiación sobre el pasado.. Impulsividad, necesidad de gratificación inmediata
derecha: preocupación, ambiental, anticipación del futuro, estabilidad/ control, habilidad para retrasar la gratificación
ubicación central: rigidez común en niños pequeños
ubicación en la parte superior de la página: lucha no realista, fantaseo, frustración
ubicación en la parte superior izquierda: común en niños pequeños
ubicación en la parte inferior de la página: concreción, depresión, inseguridad, inadecuación

— Rotación: oposición cayendo: aflicción extrema
— Bordes del papel inferior: necesidad de apoyo lateral: sentimiento de constricción superior: miedo o evitación del ambiente los bordes impide que se complete el dibujo: organicidad
↙ Relación con el observador visto desde arriba: rechazo, grandiosidad compensatoria visto desde abajo: aislamiento, inferioridad
visto a distancia: aislamiento postura presentación completamente de perfil o dibujo de espaldas: aislamiento paranoia postura grotesca: psicopatología grave
mezcla de perfil con vista de frente: organicidad, retraso, psicosis

↙ Línea de base: necesidad de seguridad, ansiedad
↙ Transparencia: poco contacto con la realidad: psicosis si se muestra los órganos internos. Común en los niños pequeños

— Movimiento
— Otro

DETALLES

— Excesivos: obsesivo-compulsivo, ansiedad
↙ Carencia: aislamiento, común en niños pequeños
— Extravagantes: psicosis, común en niños pequeños
↙ Detalles esenciales: un muro, techo, puerta, ventana, chimenea. Comúnmente orientado por niños pequeños

— Antropomórficos: regresión, organicidad. Común en niños pequeños

— Chimenea
énfasis: preocupación sexual
omisión: falta de afecto en el hogar
humo excesivo: tensión extrema en el hogar
en ángulo: regresión. Común en niños pequeños

↙ Puerta
ausencia: inaccesibilidad, aislamiento
grande: dependencia
pequeña: inadecuación,
serrada / arrancada: defensiva
abierta: necesidad de afecto

↙ Omisiones: conflicto con el objeto omitido

↙ Techo
énfasis: introversión, fantasía
únicamente el techo: psicosis
una sola línea: constricción
aíeros enfatizados: suspicacia

↙ Muros
delgados o débiles: límites del yo débiles

DETALLES

— Excesivos: obsesivo-compulsivo, ansiedad
- - Carencia: aislamiento, común en niños pequeños
— Extravagantes: psicosis, común en niños pequeños
↙ Detalles esenciales: el tronco y al menos una rama

↙ Ramos
excesivos: compensación, manía muy altas: esquizoide
rotas / muertas: suicidio, impotencia
como envueltas en algodón: culpa
raíces en espejo: psicosis

↙ Copa
en forma de nube: fantasía
garabateada: labilidad
aplanada: presión ambiental, negación

— Línea base
árbol dibujado en una depresión de la línea base: inadecuación
árbol dibujado en la cima de una colina: grandiosidad, aislamiento

— En forma de ojo de cerradura o de Nigg: oposición, hostilidad

↙ Omisiones: conflicto en relación con la parte omitida

— Desgarramientos: psicosis, organicidad

DETALLES

— Excesivos: obsesivo-compulsivo, ansiedad
↙ Carencia: aislamiento, común en niños pequeños
— Extravagantes: psicosis, común en niños pequeños
— Detalles esenciales: cabeza, tronco, brazos, piernas, rasgos faciales. La omisión de partes de cuerpo es común en niños pequeños

↙ Brazos
énfasis: fuerte necesidad de logro, agresión, castigo si la persona dibujada no es él o ella misma
como escagueri: dependencia, organicidad
omitido, muy pequeños, escondidos: culpa, inadecuación, rechazo si la persona dibujada no es él o ella

en forma de alas: esquizoide
↙ Cabeza
grande: regresión, grandiosidad
común en niños pequeños
pequeña: inadecuación
irregular o separada del cuerpo: organicidad, psicosis
solamente la parte trasera: paranoia
dibujada al último: psicopatología grave

↙ Rasgos faciales
omitidos o débiles: aislamiento
énfasis: dominio social
compensatorio
perfil: paranoia animales o extravagantes: psicosis
sombreados: diferentes al color de la piel: psicopatología grave

↙ Ojos
énfasis: paranoia
pequeños, cerrados, omitidos: introversión, voyeurismo
pupilas omitidas: poco contacto con la realidad. Común en niños pequeños

— Orejas
énfasis excesivo: paranoia, alucinaciones auditivas

↙ Boca
énfasis: dependencia. Común en niños pequeños

énfasis: esfuerzo control del yo
aumento: poco contacto con la realidad
doble perspectiva: regresión. Es común en niños pequeños
transparente: común en niños pequeños
énfasis horizontal: presiones ambientales
énfasis vertical: poco contacto con la realidad, preocupación sexual. Común en niños pequeños

— Ventanas

énfasis: ambivalencia social
ausentes: aislamiento
numerosas: exhibicionismo
abiertas: poco control del yo
pequeñas: aislamiento
sin cristales: hostilidad

— Detalles no esenciales
— Cortinas enfatizadas: aislamiento, evasión

— Tronco

base amplia: dependencia
grande: regresión, inadecuación
cicatrices: trauma
unidimensionalidad: organicidad
animales: regresión, común en niños pequeños
énfasis vertical: poco contacto con la realidad, preocupación sexual. Común en niños pequeños
base angosta: pérdida de control

— Tipo

frutales o de Navidad: dependencia, inmadurez, común en niños pequeños
muertos: perturbación grave
árbol auevo: regresión
movidos por el viento: presiones ambientales

— Detalles no esenciales
— Corteza enfatizada: ansiedad, depresión

omitida: agresión oral, depresión
dientes: agresión

— Nariz

énfasis: preocupación sexual.
Común en niños pequeños

— Género

sexo opuesto dibujado primero:
conflicto en la identificación del género

— Piernas

omitidas, encogidas o trozadas:
desamparo, pérdida de la autonomía

juntas: rigidez, tensión

separadas: agresión

flotando: inseguridad,

~~dependencia~~

— Omisiones: conflicto en relación con la parte omitida

— Torso y cuerpo inconclusa:

fragmentos u omitidos:

psicopatología grave,

organicidad. Común en niños pequeños

seno: inmadurez

línea media vertical: inferioridad, dependencia

hombros/ cuadros o enfatizados: hostilidad

línea de la cintura enfatizada:

conflicto sexual. Común en niños pequeños

estrecha: explosividad

— Detalles no esenciales
— Ropa
demasiada o poca: narcisismo,

canaletas enfatizadas:
defensividad, suspicacia
contraventanas/ cerradas:
aislamiento

meticulosa: obsesivo
compulsividad
hojas desprendidas: fallas en los
mecanismos de defensa: grande:
compensación
raíces omitidas: inseguridad
garras: paranoia
delgadas/ transparentes/ muertas:
poco contacto con la realidad,
organicidad
enredadas: pérdida de control
fruta: dependencia, rechazo si está
cayendo
común en niños pequeños

desadaptación sexual
énfasis en los botones:
inmadurez. Común en niños
pequeños
— Genitales dibujados: patología
en cualquier edad excepto en
niños muy pequeños. Común en
estudiantes de arte o adultos en
psicoanálisis
— Pies
omitidos o trazados: desamparo,
pérdida de la autonomía,
preocupación sexual
dedos de los pies en una figura
vestida: agresión
— Cabello
enfático u omitido:
preocupación sexual
— Manos / dedos
enguantadas: agresión reprimida
en forma de púas: acting out
en forma de pétalos: inmadurez
— Cuello
énfasis: necesidad de control
como estagueti: psicosis
omitido: impulsividad
— Otro

— Otro

— Otro

— Detalles irrelevantes
Nubes, sombras: ansiedad
Montañas: defensividad
Escalones y caminos largos o
angostos: aislamiento
Arbustos excesivos: inseguridad

— Detalles irrelevantes
Nubes, sombras: ansiedad
Arbustos excesivos: inseguridad

— Detalles irrelevantes
Bastones, espadas, armas:
agresión, preocupación sexual

— Otro

— Otro

— Otro

— Detalles extravagantes
Común en niños pequeños
— Dimensionalidad en los
detalles
Casa dibujada como plano:
conflicto grave, paranoia,
organicidad

— Detalles extravagantes
Común en niños pequeños
— Dimensionalidad en los
detalles
unidimensionalidad: recursos
inferiores para buscar satisfacción
bidimensional sin cerrar: pérdida
de control

Detalles extravagantes
Común en niños pequeños
— Dimensionalidad en los
detalles

— Sombreado de los detalles
excesivo: ansiedad

— Sombreado de los dibujos
excesivo: ansiedad

— Sombreado de los detalles
excesivo: ansiedad

— Secuencia de los detalles: lo
usual es el techo, los muros, la
puerta y la ventana o la línea
base, los muros y el techo

— Secuencia de los detalles:
usualmente el tronco, ramas,
follaje; o la punta, las ramas y el
tronco

— Secuencia de los detalles
(la cabeza y la cara usualmente se
dibujan primero)

— Calidad de la línea
recargada: tensión, ansiedad,
vigor, organicidad

— Calidad de la línea
recargada: tensión, ansiedad,
vigor, violencia,

— Calidad de la línea
recargada: tensión, ansiedad,
violencia.

débil: indecisión, miedo.
inseguridad, yo débil
fragmentada / dificultad con los
ángulos: organicidad

— Otro

USO CONVENCIONAL DEL COLOR

Negro: contornos, humo, cercas
Azul, azul-verde: fondo, cielo
cortinas
Cañe: muros
Verde: techo, pasto
Naranja: naranjas
Morado: cortinas
Rojo: chimenea, ladrillos,
manzanas, cerezas
Amarillo: sol, flores
Amarillo-verde: paisaje, pasto

organicidad
débil: indecisión, miedo,
inseguridad, yo débil
fragmentada / dificultad con los
ángulos: organicidad

— Otro

USO CONVENCIONAL DEL COLOR

Negro: contornos
Azul, azul-verde: fondo, cielo
Cañe: tronco
Verde: follaje, pasto
Naranja: naranjas
Rojo: manzanas, cerezas
Amarillo: sol, flores
Amarillo-verde: paisaje, pasto

organicidad
débil: indecisión, miedo,
inseguridad, yo débil
fragmentada / dificultad con los
ángulos: (organicidad)

— Otro

USO CONVENCIONAL DEL COLOR

Negro: contornos, cabello
Azul, azul-verde: fondo, cielo
Ojos: cañe, cabello, ropa: verde:
suéteres, pasto
Naranja: suéteres
Morado: bufandas, artículos de
vestir menores
Rojo: labios, suéteres, vestidos,
cabello
Rosa: piel, ropa
Amarillo: sol, cabello
Amarillo-verde: pasto

USO GENERAL DEL COLOR

— Elección del color:
perturbación general
— Mezclas extravagantes:
perturbación grave
— El color utilizado únicamente
en el contorno: superficialidad,
resistencia, oposición
— Blanco utilizado como color:
alineación
— Calidad o tamaño muy
diferentes de los dibujos e blanco
y negro: habilidad para tolerar el
afecto
— Color fuera de los contornos:
impulsividad, inmadurez,
organicidad
— Uso del color extremadamente
inusual: perturbación general.
Listar:
— Otro

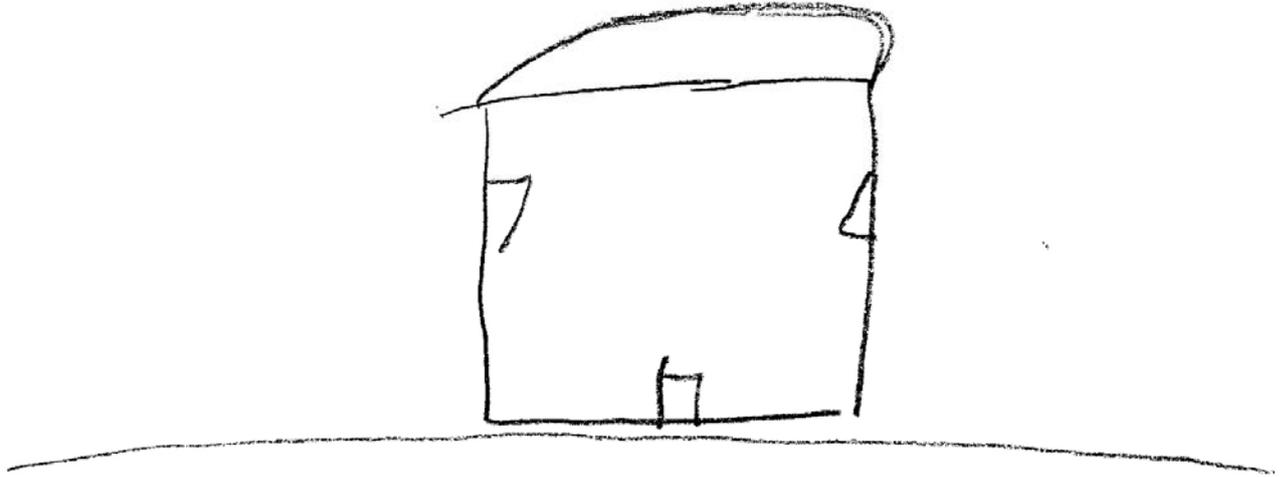
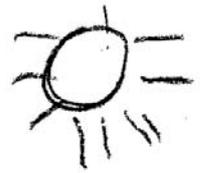
USO GENERAL DEL COLOR

— Elección del color:
perturbación general
— Mezclas extravagantes:
perturbación grave
— El color utilizado únicamente
en el contorno: superficialidad,
resistencia, oposición
— Blanco utilizado como color:
alineación
— Calidad o tamaño muy
diferentes de los dibujos e blanco
y negro: habilidad para tolerar el
afecto
— Color fuera de los contornos:
impulsividad, inmadurez,
organicidad
— Uso del color extremadamente
inusual: perturbación general.
Listar:
— Otro

USO GENERAL DEL COLOR

— Elección del color:
perturbación general
— Mezclas extravagantes:
perturbación grave
— El color utilizado únicamente
en el contorno: superficialidad,
resistencia, oposición
— Blanco utilizado como color:
alineación
— Calidad o tamaño muy
diferentes de los dibujos e blanco
y negro: habilidad para tolerar el
afecto
— Color fuera de los contornos:
impulsividad, inmadurez,
organicidad
— Uso del color extremadamente
inusual: perturbación general.
Listar:
— Otro

CASA



Maria Freire 19/04/06

7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Definición operativa de los ítems	Puntos				
	0	1	2	3	4
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> - General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Jenny (hermana)
Aguilar

Total: 25 puntos
Ansiedad Moderada/Grave.

25/02/06

7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

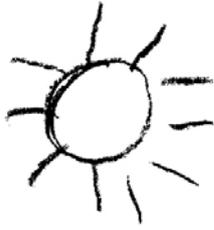
Definición operativa de los ítems	Puntos				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborrignos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> - General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Diana Aguilar
Hermana.

Total: 25 puntos
Ansiedad Grave/Moderada

25/02/06

ARBOC



Maria Freire 19/04/06

débil: indecisión, miedo,
inseguridad, yo débil
fragmentada / dificultad con los
ángulos: organicidad

— Otro

USO CONVENCIONAL DEL COLOR

Negro: contornos, humo, cercas
Azul, azul - verde: fondo, cielo
cortinas
Café: muros
Verde: techo, pasto
Naranja: naranjas
Morado: cortinas
Rojo: chimenea, ladrillos,
manzanas, cerezas
Amarillo: sol, flores
Amarillo - verde: paisaje, pasto

organicidad
débil: indecisión, miedo,
inseguridad, yo débil
fragmentada / dificultad con los
ángulos: organicidad

— Otro

USO CONVENCIONAL DEL COLOR

Negro: contornos
Azul, azul-verde: fondo, cielo
Café: tronco
Verde: follaje, pasto
Naranja: naranjas
Rojo: manzanas, cerezas
Amarillo: sol, flores
Amarillo - verde: paisaje, pasto

organicidad
débil: indecisión, miedo,
inseguridad, yo débil
fragmentada / dificultad con los
ángulos: (organicidad)

— Otro

USO CONVENCIONAL DEL COLOR

Negro: contornos, cabello
Azul, azul-verde: fondo, cielo
Ojos: café, cabello, ropa; verde:
suéteres, pasto
Naranja: suéteres
Morado: bufandas, artículos de
vestir, meaores
Rojo: labios, suéteres, vestidos,
cabello
Rosa: piel, ropa
Amarillo: sol, cabello
Amarillo- verde: pasto

USO GENERAL DEL COLOR

— Elección del color:
perturbación general
— Mezclas extravagantes:
perturbación grave
— El color utilizado únicamente
en el contorno: superficialidad,
resistencia, oposición
— Blanco utilizado como color:
alineación
— Calidad o tamaño muy
diferentes de los dibujos e blanco
y negro: habilidad para tolerar el
afecto
— Color fuera de los contornos:
impulsividad, inmadurez,
organicidad
— Uso del color extremadamente
inusual: perturbación general.
Listar:
— Otro

USO GENERAL DEL COLOR

— Elección del color:
perturbación general
— Mezclas extravagantes:
perturbación grave
— El color utilizado únicamente
en el contorno: superficialidad,
resistencia, oposición
— Blanco utilizado como color:
alineación
— Calidad o tamaño muy
diferentes de los dibujos e blanco
y negro: habilidad para tolerar el
afecto
— Color fuera de los contornos:
impulsividad, inmadurez,
organicidad
— Uso del color extremadamente
inusual: perturbación general.
Listar:
— Otro

USO GENERAL DEL COLOR

— Elección del color:
perturbación general
— Mezclas extravagantes:
perturbación grave
— El color utilizado únicamente
en el contorno: superficialidad,
resistencia, oposición
— Blanco utilizado como color:
alineación
— Calidad o tamaño muy
diferentes de los dibujos e blanco
y negro: habilidad para tolerar el
afecto
— Color fuera de los contornos:
impulsividad, inmadurez,
organicidad
— Uso del color extremadamente
inusual: perturbación general.
Listar:
— Otro

carraletas enfatizadas:
defensividad, suspicacia
contraventanas/ cerradas:
aislamiento

meticulosa: obsesivo
compulsividad
hojas desprendidas: fallas en los
mecanismos de defensa: grande:
compensación
raíces omitidas: inseguridad
garras: paranoia
delgadas/ transparentes/ muertas:
poco contacto con la realidad,
organicidad
enredadas: pérdida de control
fruta: dependencia, rechazo si está
cayendo
común en niños pequeños

desadaptación sexual
énfasis en los botones:
inmadurez. Común en niños
pequeños
— Genitales dibujados: patología
en cualquier edad excepto en
niños muy pequeños. Común en
estudiantes de arte o adultos en
psicoanálisis
— Pies
omitidos o trazados: desamparo,
pérdida de la autonomía,
preocupación sexual
dedos de los pies en una figura
vestida: agresión
✓ Cabello
enfatizado u omitido:
preocupación sexual
← Manos / dedos
enguantadas: agresión reprimida
en forma de pías: acting out
en forma de pétalos: inmadurez
← Cuello
énfasis: necesidad de control
como espagueti: psicosis
omitido: impulsividad
— Otro

— Otro

— Otro

✓ Detalles irrelevantes
Nubes, sombras: ansiedad
Montañas: defensividad
Escalones y caminos largos o
angostos: aislamiento
Arbustos excesivos: inseguridad

— Detalles irrelevantes
Nubes, sombras: ansiedad
Arbustos excesivos: inseguridad

— Detalles irrelevantes
Bastones, espadas, armas:
agresión, preocupación sexual

— Otro

— Otro

— Otro

— Detalles extravagantes
Común en niños pequeños
— Dimensionalidad en los
detalles
Casa dibujada como plano:
conflicto grave, paranoia,
organicidad

— Detalles extravagantes
Común en niños pequeños
— Dimensionalidad en los
detalles
unidimensionalidad: recursos
inferiores para buscar satisfacción
bidimensional sin cerrar: pérdida
de control

Detalles extravagantes
Común en niños pequeños
— Dimensionalidad en los
detalles

— Sombreado de los detalles
excesivo: ansiedad

— Sombreado de los dibujos
excesivo: ansiedad

— Sombreado de los detalles
excesivo: ansiedad

✓ Secuencia de los detalles: lo
usual es el techo, los muros, la
puerta y la ventana o la línea
base, los muros y el techo

✓ Secuencia de los detalles:
usualmente el tronco, ramas,
follaje: o la punta, las ramas y el
tronco

✓ Secuencia de los detalles
(la cabeza y la cara usualmente se
dibujan primero)

✓ Calidad de la línea
recargada: tensión, ansiedad,
vigor, organicidad

✓ Calidad de la línea
recargada: tensión, ansiedad,
vigor, violencia,

✓ Calidad de la línea
recargada: tensión, ansiedad,
violencia.

énfasis: estoramiento control del yo
aumento: poco contacto con la realidad
doble perspectiva: regresión. Es común en niños pequeños
transparente: común en niños pequeños
énfasis horizontal: presiones ambientales
énfasis vertical: poco contacto con la realidad, preocupación sexual. Común en niños pequeños

↙ Ventanas
énfasis: ambivalencia social
ausentes: aislamiento
numerosas: exhibicionismo
abiertas: poco control del yo
pequeñas: aislamiento
sin cristales: hostilidad

↙ Tronco
base amplia: dependencia
grande: regresión, inadecuación
cicatrices: trauma
unidimensionalidad: organicidad
animales: regresión, común en niños pequeños
énfasis vertical: poco contacto con la realidad, preocupación sexual. Común en niños pequeños
base angosta: pérdida de control

omitida: agresión oral, depresión
dientes: agresión

↙ Tipo
frutales o de Navidad:
dependencia, inmadurez, común en niños pequeños
muertos: perturbación grave
árbol nuevo: regresión
movidos por el viento: presiones ambientales

↙ Nariz
énfasis: preocupación sexual.
Común en niños pequeños

— Género
sexo opuesto dibujado primero: conflicto en la identificación del género

↙ Piernas
omitidas, encogidas o trozadas: desamparo, pérdida de la autonomía
juntas: rigidez, tensión
separadas: agresión
flotando: inseguridad, dependencia
↙ Omisiones: conflicto en relación con la parte omitida
↙ Torso y cuerpo inconclusa, fragmentos u omitidos: psicopatología grave, organicidad. Común en niños pequeños
seno: inmadurez
línea media vertical: interioridad, dependencia
hombros/ cuadros o enfatizados: hostilidad
línea de la cintura enfatizada: conflicto sexual. Común en niños pequeños
estrecha: explosividad

— Detalles no esenciales
— Cortinas enfatizadas: aislamiento, evasión

↙ Detalles no esenciales
↙ Corteza enfatizada: ansiedad, depresión

— Detalles no esenciales
— Ropa
demasiada o poca: narcisismo,

DETALLES

— Excesivos: obsesivo-compulsivo, ansiedad
— Carencia: aislamiento, común en niños pequeños
— Extravagantes: psicosis, común en niños pequeños
— Detalles esenciales: un muro, techo, puerta, ventana, chimenea. Comúnmente orientado por niños pequeños

— Antropomórficos: regresión, organicidad. Común en niños pequeños

↙ Chimenea
énfasis: preocupación sexual
omisión: falta de afecto en el hogar
humo excesivo: tensión extrema en el hogar
en ángulo: regresión. Común en niños pequeños

↙ Puerta
ausencia: inaccesibilidad, aislamiento
grande: dependencia
pequeña: inadecuación,
cerrada / atrancada: defensiva
abierta: necesidad de afecto

↙ Omisiones: conflicto con el objeto omitido

↙ Techo
énfasis: introversión, fantasía únicamente el techo: psicosis
una sola línea: constricción
aíeros enfatizados: suspicacia

↙ Muros
delgados o débiles: límites del yo débiles

DETALLES

— Excesivos: obsesivo-compulsivo, ansiedad
— Carencia: aislamiento, común en niños pequeños
— Extravagantes: psicosis, común en niños pequeños
— Detalles esenciales: el tronco y al menos una rama

↙ Ramas
excesivas: compensación, manía muy altas: esquizoide
rotas / muertas: suicidio, impotencia
como envueltas en algodón: culpa
raíces en espejo: psicosis

↙ Copa
en forma de nube: fantasía
garabateada: labilidad
aplanada: presión ambiental, negación

↙ Línea base
árbol dibujado en una depresión de la línea base: inadecuación
árbol dibujado en la cima de una colina: grandiosidad, aislamiento

— En forma de ojo de cerradura o de Nigg: oposición, hostilidad

— Omisiones: conflicto en relación con la parte omitida

— Desgarramientos: psicosis, organicidad

DETALLES

— Excesivos: obsesivo-compulsivo, ansiedad
— Carencia: aislamiento, común en niños pequeños
— Extravagantes: psicosis, común en niños pequeños
— Detalles esenciales: cabeza, tronco, brazos, piernas, rasgos faciales. La omisión de partes de cuerpo es común en niños pequeños

↙ Brazos
énfasis: fuerte necesidad de logro, agresión, castigo si la persona dibujada no es él o ella misma como espagueti: dependencia, organicidad omitido, muy pequeños, escondidos: culpa, inadecuación, rechazo si la persona dibujada no es él o ella
en forma de alas: esquizoide

↙ Cabeza
grande: regresión, grandiosidad común en niños pequeños
pequeña: inadecuación irregular o separada del cuerpo: organicidad, psicosis solamente la parte trasera: paranoia
dibujada al último: psicopatología grave

↙ Rasgos faciales
omitidos o débiles: aislamiento
énfasis: dominio social compensatorio
perfil: paranoia animales o extravagantes: psicosis
sombreados: diferentes al color de la piel: psicopatología grave

↙ Ojos
énfasis: paranoia
pequeños, cerrados, omitidos: introversión, voyeurismo
pupilas omitidas: poco contacto con la realidad. Común en niños pequeños

↙ Orijas
énfasis excesivo: paranoia, alucinaciones auditivas

↙ Boca
énfasis: dependencia. Común en niños pequeños

PERSPECTIVA

↙ Ubicación en la página
izquierda: aislamiento, regresión,
organicidad (hemisferio
izquierdo) preocupación por sí
mismo, rumiación sobre el
pasado.. Impulsividad, necesidad
de gratificación inmediata
derecha: preocupación, ambiental,
anticipación del futuro,
estabilidad/ control, habilidad
para retrasar la gratificación
ubicación central: rigidez común
en niños pequeños
ubicación en la parte superior de
la página: lucha no realista,
fantaseo, frustración
ubicación en la parte superior
izquierda: común en niños
pequeños
ubicación en la parte inferior de la
página: concreción, depresión,
inseguridad, inadecuación

— Rotación: oposición
cayendo: aflicción extrema
— Bordes del papel
inferior: necesidad de apoyo
lateral: sentimiento de
constricción
superior: miedo o evitación del
ambiente
los bordes impide que se
complete el dibujo: organicidad
↙ Relación con el observador
visto desde arriba: rechazo,
grandiosidad compensatoria
visto desde abajo: aislamiento,
inferioridad
visto a distancia: inaccesibilidad,
sentimiento de rechazo, situación
en el hogar fuera de control
postura / presentación
dibujo de espaldas: aislamiento
paranoia

↙ Línea de base: necesidad de
seguridad, ansiedad
↘ Transparencia: mala orientación
en la realidad
es común en niños pequeños

— Movimiento
— Otro

PERSPECTIVA

↙ Ubicación en la página
izquierda: aislamiento, regresión,
organicidad (hemisferio
izquierdo) preocupación por sí
mismo, rumiación sobre el
pasado.. Impulsividad, necesidad
de gratificación inmediata
derecha: preocupación, ambiental,
anticipación del futuro,
estabilidad/ control, habilidad
para retrasar la gratificación
ubicación central: rigidez común
en niños pequeños
ubicación en la parte superior de
la página: lucha no realista,
fantaseo, frustración
ubicación en la parte superior
izquierda: común en niños
pequeños
ubicación en la parte inferior de la
página: concreción, depresión,
inseguridad, inadecuación

— Rotación: oposición
cayendo: aflicción extrema
— Bordes del papel
inferior: necesidad de apoyo
lateral: sentimiento de
constricción
superior: miedo o evitación del
ambiente
los bordes impide que se
complete el dibujo: organicidad
↙ Relación con el observador
visto desde arriba: rechazo,
grandiosidad compensatoria
visto desde abajo: aislamiento,
inferioridad
visto desde lejos: aislamiento
postura presentación
si no es frontal: aislamiento
paranoia

↙ Línea de base: necesidad de
seguridad, ansiedad
— Transparencia: pobre
orientación en la realidad
es común en niños pequeños

— Movimiento: presiones
ambientales
— Otro

PERSPECTIVA

↙ Ubicación en la página
izquierda: aislamiento, regresión,
organicidad (hemisferio
izquierdo) preocupación por sí
mismo, rumiación sobre el
pasado.. Impulsividad, necesidad
de gratificación inmediata
derecha: preocupación, ambiental,
anticipación del futuro,
estabilidad/ control, habilidad
para retrasar la gratificación
ubicación central: rigidez común
en niños pequeños
ubicación en la parte superior de
la página: lucha no realista,
fantaseo, frustración
ubicación en la parte superior
izquierda: común en niños
pequeños
ubicación en la parte inferior de la
página: concreción, depresión,
inseguridad, inadecuación

— Rotación: oposición
cayendo: aflicción extrema
↘ Bordes del papel
inferior: necesidad de apoyo
lateral: sentimiento de
constricción
superior: miedo o evitación del
ambiente
los bordes impide que se
complete el dibujo: organicidad
↙ Relación con el observador
visto desde arriba: rechazo,
grandiosidad compensatoria
visto desde abajo: aislamiento,
inferioridad
visto a distancia: aislamiento
postura presentación
completamente de perfil o
dibujo de espaldas: aislamiento
paranoia
postura grotesca: psicopatología
grave
mezcla de perfil con vista de
frente: organicidad, retraso,
psicosis

↙ Línea de base: necesidad de
seguridad, ansiedad
↘ Transparencia: poco contacto
con la realidad:
psicosis si se muestra los órganos
internos. Común en los niños
pequeños

— Movimiento
— Otro

LISTA DE CONCEPTOS PARA LA INTERPRETACION

CASA	ARBOL	PERSONA
<p><input checked="" type="checkbox"/> S/N tiempo 10-12 minutos. Latencia - 30 segundos <input checked="" type="checkbox"/> S/N Pocas borraduras S/N Simetria <input checked="" type="checkbox"/> S/N Líneas no esbozadas ni sobrenfatizadas</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> S/N Deficiencias aceptadas con buen humor</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> S/N tiempo 10-12 minutos. Latencia - 30 segundos <input checked="" type="checkbox"/> S/N Pocas borraduras S/N Simetria <input checked="" type="checkbox"/> S/N Líneas no esbozadas ni sobrenfatizadas</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> S/N Deficiencias aceptadas con buen humor</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> S/N tiempo 10-12 minutos. Latencia - 30 segundos <input checked="" type="checkbox"/> S/N Pocas borraduras S/N Simetria <input checked="" type="checkbox"/> S/N Líneas no esbozadas ni sobrenfatizadas</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> S/N Deficiencias aceptadas con buen humor</p> <p>S/N Se dibujo primero una persona del mismo sexo y fue mas elaborada</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> S/N Características sexuales secundarias incluidas (adultos)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> S/N Pupilas dibujadas</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> S/N Nariz sin orificios</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> S/N Ropa y cinturón indicados</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> S/N Pies y orejas</p> <p>S/N Solamente omisiones menores</p>
<p>OBSERVACIONES GENERALES</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Actitud <input checked="" type="checkbox"/> Habilidad <input checked="" type="checkbox"/> Borraduras (incertidumbre, conflicto indecisión, autocrítica, ansiedad) <input checked="" type="checkbox"/> Comentarios espontáneos <input checked="" type="checkbox"/> Tiempo, latencia, pausas</p> <p>PROPORCION</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Imagen / tamaño de la forma. Los niños normales muestran mas variabilidad en el tamaño de sus dibujos que los adultos normales <u>Grande:</u> ambiente restrictivo, tensión, compensación. <u>Pequeña:</u> inseguridad, aislamiento, descontento, regresión <input checked="" type="checkbox"/> Detalles en la imagen simetría simetría excesiva: rigidez, fragmentación, distorsiones obvias: psicosis, organicidad, normal en niños bajo estrés moderada: ansiedad</p> <p>— Otro</p>	<p>OBSERVACIONES GENERALES</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Actitud <input checked="" type="checkbox"/> Habilidad <input checked="" type="checkbox"/> Borraduras (incertidumbre, conflicto indecisión, autocrítica, ansiedad) <input checked="" type="checkbox"/> Comentarios espontáneos <input checked="" type="checkbox"/> Tiempo, latencia, pausas</p> <p>PROPORCION</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Imagen / tamaño de la forma. Los niños normales muestran mas variabilidad en el tamaño de sus dibujos que los adultos normales <u>Grande:</u> ambiente restrictivo, tensión, compensación. <u>Pequeña:</u> inseguridad, aislamiento, descontento, regresión <input checked="" type="checkbox"/> Detalles en la imagen simetría simetría excesiva: rigidez, fragmentación, distorsiones obvias: psicosis, organicidad, normal en niños bajo estrés moderada: ansiedad</p> <p>— Otro</p>	<p>OBSERVACIONES GENERALES</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Actitud <input checked="" type="checkbox"/> Habilidad <input checked="" type="checkbox"/> Borraduras (incertidumbre, conflicto indecisión, autocrítica, ansiedad) <input checked="" type="checkbox"/> Comentarios espontáneos <input checked="" type="checkbox"/> Tiempo, latencia, pausas</p> <p>PROPORCION</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Imagen / tamaño de la forma. Los niños normales muestran mas variabilidad en el tamaño de sus dibujos que los adultos normales <u>Grande:</u> ambiente restrictivo, tensión, compensación. <u>Pequeña:</u> inseguridad, aislamiento, descontento, regresión <input checked="" type="checkbox"/> Detalles en la imagen simetría simetría excesiva: rigidez, fragmentación, distorsiones obvias: psicosis, organicidad, normal en niños bajo estrés moderada: ansiedad</p> <p>— Otro</p>

ARBOL

- 22.* ¿Qué clase de árbol es? _____
23. ¿Dónde se encuentra realmente ese árbol? En la parte posterior de la casa
- 24.* ¿Aproximadamente que edad tiene ese árbol? _____
- 25.* ¿Está vivo ese árbol? _____
26. ¿Qué hay en él que le da la impresión de que está vivo? lo q' era antes una matita pequeña y ya ha crecido como los otros humanos.
27. ¿Qué causó su muerte? (Si no está vivo) _____
28. ¿Volverá a estar vivo? Están vivos, siguen dando frutos.
29. ¿Alguna parte del árbol está muerta? ¿Cuál? ¿Qué cree que ocasionó su muerte? ¿Por cuánto tiempo ha estado muerto? No ninguna.
- 30.* ¿A qué se parece más ese árbol, a un hombre o a una mujer? _____
31. ¿Qué hay en el árbol que le da esa impresión? Los frutos que da
32. Si fuera una persona en lugar de un árbol, ¿hacia dónde estaría mirando? de frente
33. ¿El árbol se encuentra solo o dentro de un grupo de árboles? Dentro de su grupo de árboles
34. Cuando mira el árbol, ¿tiene la impresión de que se encuentra por encima de usted, debajo de usted, o al mismo nivel que usted? Al mismo nivel, porque se parece a mí.
- 35.* ¿Cómo es el clima en este dibujo? (época del año, momento del día, cielo, temperatura) _____
- 36.* ¿Está soplando el viento en este dibujo? Muéstreme en qué dirección sopla. ¿Qué clase de viento es? _____
37. ¿Qué le recuerda ese árbol? le recuerda que el árbol es un ser vivo y por esta razón está dando frutos
38. ¿Qué más? se ha reproducido y da unos frutos deliciosos
39. ¿Es un árbol sano? ¿Qué le da esa impresión? Si, porq' ha crecido y se ha reproducido.
40. ¿Es un árbol fuerte? ¿Qué le da esa impresión? Si, porq' solo los plántulos q' se desarrollan se puede ver la fortaleza.
41. ¿A quién le recuerda el árbol? A la pte porq' me gusta la naturaleza, porq' se reproduce
- 42.* ¿Qué es lo que más necesita el árbol? ¿Por qué? _____
43. ¿Alguien ha lastimado alguna vez al árbol? ¿Por qué? Si, cuando yo cubrí el árbol mi cuerpo se ornaba cerca del árbol
- 44.* Si esto fuera una persona en lugar de (Cualquier objeto aparte del árbol) ¿Quién sería? _____

PERSONA

- 45.* ¿Es este un hombre o una mujer? (niño o niña) mujer
- 46.* ¿Qué edad tiene? va a tener 18 años
- 47.* ¿Quién es? mi hija
48. ¿Es un pariente, un amigo o qué?
49. ¿En quién estaba pensando cuando dibujaba? pensaba en mi hija
- 50.* ¿Qué está haciendo? ¿Dónde lo está haciendo?
51. ¿En que está pensando?
- 52.* ¿Cómo se siente? ¿Por que?
- 53.* ¿Qué le hace pensar o recordar esa persona?
54. ¿Qué más? No le he visto mucho tiempo, le extrañaba, me gustó verla.
- 55.* ¿Está sana esa persona?
56. ¿Qué es lo que le da esa impresión?
57. ¿Es feliz esa persona? Si
58. ¿Qué le da esa impresión? Esta bien saludable, tranquila
59. ¿Es así la mayoría de la gente? ¿Por que? Para mí, porq' vivimos en un mundo racional y también como animales
60. ¿Cree que le agradecería esa persona? Si
61. ¿Por que? me demuestra cariño y quiere vivir conmigo
62. ¿Cómo es el clima en el dibujo? (época del año, momento del día, cielo, temperatura) Es Frío.
63. ¿A quien le recuerda esa persona? ¿Por que? A mi hijo porq' estaba muy separados por mucho tiempo.
- 64.* ¿Qué es lo que más necesita esa persona? ¿Por que? Afecto, porq' cuando hay divorcio los hijos se deben quedar con la madre.
- 65.* ¿Alguien ha herido alguna vez a esa persona? ¿Por que? Si yo, porq' tuve una relación con un hombre cuando me separé de mi esposo.
- 66.* Si esto fuera una persona en lugar de (Cualquier objeto aparte de la persona) ¿Quién sería?
- 67.* ¿Qué tipo de ropa lleva puesta esta persona?
68. Dibujar el sol y la línea base en cada dibujo. Suponiendo que el sol fuera alguna persona que usted conoce, ¿Quién sería? Serían mis hijos los dos y mi madre también.

CUESTIONARIO H.T.P.

CASA

- 1.* ¿Cuántos pisos tiene la casa? (¿Tiene escaleras la casa?) _____
2. De que está hecha la casa? Adobe y madera
- 3.* ¿Es suya? ¿de quien es? _____
4. ¿En la casa de quien estaba pensando cuando la estaba dibujando? Es la casa q le gustaria tener
5. ¿Le gustaria que fuera suya la casa? ¿Por que? Si, porq' no se pagaria arriendo y con ese dinero pagaria una buena alimentación.
- 6.* Si fuera dueña/o de la casa y pudiera hacer lo que quisiera con ella. ¿Qué cuarto escogería para usted? ¿Por que? _____
- 7.* ¿Quién le gustaría que viva en esa casa con usted? ¿Por que? _____
8. Cuando mira la casa ¿le parece que se encuentra cerca o lejos de usted? Falta cerca
9. Cuando mira la casa ¿tiene la impresión de que se encuentra por arriba de usted, debajo de usted o al mismo nivel que usted? se encuentra a su nivel, porq' constituye el hogar (unión familiar)
10. ¿Qué le hace pensar o recordar la casa? Antes vivía en casa propia
11. ¿Qué más? porq' es reconfortante y no se paga arriendo.
12. ¿Es una casa feliz y amistosa? Si porq' los peceros son bien recibidos.
13. ¿Qué hay en la casa que le da esa impresión? Hay un ambiente limpio, de convivencia a pesar q' no se vive igual, asíq' se llega a acuerdos.
14. ¿La mayoría de las casas son así? ¿Por qué piensa eso? Pienso que si, debido a q' los peceros son naturales con cocobos.
- 15.* ¿Cómo es el clima en este dibujo? (época del año, momento del día, cielo, temperatura) _____
16. ¿Qué tipo de clima le gusta? templado.
17. ¿A quien le recuerda esa casa? Recuerda cuando estaba casada.
- 18.* ¿Qué es lo que mas necesita la casa? ¿Por que? _____
- 19.* Si esto fuera una persona en lugar de (cualquier objeto dibujado aparte de la casa) ¿Quién sería? _____
20. ¿Hacia donde lleva el humo la chimenea en esta casa? _____
- 21 dibuje y designe que cuarto esta representado por cada ventana, quien se encuentra allí generalmente.
Existen 4 dormitorios: 2 de sus hijos en los cuartos de adelante y atrás ocupa su mamá y la pefe.

Casa - Árbol - Persona
TECNICAS DE DIBUJO PROYECTIVO

H - T - P

Folleto para la interpretación

NOMBRE: Maria Cedillo Espinoza FECHA: 02 / Marzo / 06
SEXO: Femenino EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____
FUENTE DE REFERENCIA: Directa
PREGUNTAS DE REFERENCIA: Directa
ENTREVISTADOR: Verónica Fierre Palacios Lápiz Color

OBSERVACIONES GENERALES: 1

CASA: Tiempo en que comenzó a dibujar (Latencia): Diez segundos
Tiempo para completar el dibujo: 2 min 15"

ÁRBOL: Tiempo en que comenzó a dibujar (Latencia): Cinco segundos
Tiempo para completar el dibujo: 1 min 15"

PERSONA: Tiempo en que comenzó a dibujar (Latencia): Cinco segundos
Tiempo para completar el dibujo: 2 min 10"

	Puntaje 2,1 ó 0	6. VOCABULARIO
1. Cama	2	
2. Barco	2	
3. Centavo	0	
4. Invierno	1	lluvia, frío
5. Reparar	2	Arreglar
6. Desayuno	2	La primera comida del día
7. Tejido	2	Una mamalidas
8. Rebanada	2	Una parte de algo. (pan).
9. Reunir	1	Unir
10. Ocultar	1	Que no sepa nada
11. Enorme	2	Grandísimo
12. Aduresar	2	Rápido
13. Gración	2	Orar
14. Reglamentar	2	Poner orden
15. Comenzar	2	Empezar
16. Cavilar	2	Pensar
17. Caverna	2	Cueva
18. Designar	2	Dar una designación a una persona sobre algo
19. Doméstico	2	Algo del hogar
20. Consumir	2	Comer, fumar, beber, comprar
21. Terminar	2	Acabar
22. Obstruir	2	Poner obstáculos.
23. Remordimiento	1	Por una falta siente resentimiento
24. Santuario	2	Para rezar, orar
25. Incomparable	1	Grande, como si fuera Dios.
26. Reuente	0	Reinsidente
27. Calamidad	2	Pobrez. Terrible
28. Fortaleza	2	En el pasado era una casa grande
29. Tranquilo	2	sosegado
30. Edificio	0	Edificio q' presta servicios
31. Compasión	0	compasión de alguien
32. Tangible	2	Que se puede sentir, tocar
33. Perímetro	1	Una línea
34. Audaz	1	Que se siente capaz de hacer cosas
35. Ominoso	0	-
36. Diatriba	0	-
37. Grabar	1	Grabar una conversación, música
38. Plagiar	1	copiar
39. Empalar	0	Poner un palo.
40. Parodia	1	como en el cine actuar.
	58	

2. COMPRENSION		Puntaje
		2,1 ó 0
1. Mover roca		2
2. Maquina del tren		2
3. Bocar	Buscar la dirección	1
4. Malas compañías	son malas influencias	2
5. Fuego	Calmadamente, yo calgo	1
6. Impuestos	Porq' es un tributo para obras	1
7. No dejes para mañana	No hay que dejar para mañana lo q' se debe hacer hoy.	1
8. Trabajo de menores	Porq' son menores y hay q' detenerlos	1
9. Bosque	Por el sol	2
10. Serpientes	Porq' no escuchan, no se sabe lo q' se les dice.	1
11. Tierra	Porq' en la ciudad esta + aumentado por los servicios.	2
12. Registro Civil	Porq' es un registro q' se llena de todo.	2
13. Mucho ruido	se hace mucha bulla, pero no se hace nada.	0
14. Escoradrina	No llega al verano por una golondrina	1
		19

4. ANALOGIAS		Puntaje
		2,1 ó 0
1. Naranja - Banana	Son frutas	2
2. Saco - Vestido	son para vestuario	2
3. Hacha - Serrucho	son herramientas	2
4. Perro - Leon	son felinos	0
5. Norte - Oeste	Puntos cardinales	2
6. Ojo - Oido	son dos sentidos que tenemos	2
7. Aire - Agua	son dos elementos indispensables para la vida	2
8. Mesa - Silla	se necesita para la casa.	2
9. Huevo - Semilla	sirven para su alimento	2
10. Poema - Estrofa	Estan dentro de la literatura	2
11. Madera - Alcool	No se parecen.	0
12. Elogio - Castigo	los dos son morales	2
13. Mosca - Arbol	No se parecen.	0
		20

3. ARITMETICA			
	0	Tiempo	Puntaje
	6	en	
1. 15"			0 ①
2. 15"			0 ①
3. 15"	9	1"	0 ①
4. 15"	4	1"	0 ①
5. 30"	150	4"	0 ①
6. 30"	25	10"	0 ①
7. 30"	2	20"	0 ①
8. 30"	-	-	① 1
9. 30"	21	22"	① 1
10. 30"	120	18"	0 ①
11. 60"	-	-	① 1 ¹⁰ / ₂
12. 60"	300	60"	0 ① ¹⁰ / ₂
13. 60"	-	-	① 1 ¹⁰ / ₂
14. 120"	24	18"	① 1 ¹⁰ / ₂
			9

5. DIGITOS		Puntaje
Hacia adelante	Marcar	
5-8-2		3
6-9-4		3
6-4-3-9		4
7-2-8-6		4
4-2-7-3-1		⑤
7-5-8-3-6		5
6-1-9-4-7-3		6
3-9-2-4-8-7		6
5-9-1-7-4-2-8		7
4-1-7-9-3-8-6		7
5-8-1-9-2-6-4-7		8
3-8-2-9-5-1-7-4		8
2-7-5-8-6-2-5-8-4		9
7-1-3-9-4-2-5-6-8		9
Hacia atrás	Marcar	
2-4		2
5-8		2
6-2-9		3
4-1-5		3
3-2-7-9		④
4-9-6-8		4
1-5-2-8-6		5
6-1-8-4-3		5
5-3-9-4-1-8		6
7-2-4-8-5-6		6
8-1-2-9-3-6-5		7
4-7-3-9-1-2-8		7
9-4-3-7-6-2-5-8		8
7-2-8-1-9-6-5-3		8
Ad. 5 ÷ At. 4 = 9		
Mejores de siempre		

PROTOCOLO

WAIS

Nombre María Cedillo Sexo F Edad 44 años
 Fecha de nac. 20/01/61 Estado Civil Divorciada Nacionalidad Ecuatoriana
 Nivel de escolaridad Superior Ocupación QQDD
 Fecha del test 07/04/06 Lugar de administración CREIAD Examinador Chérez - Freire

TABLA DE PUNTAJES EQUIVALENTES*

Puntajes brutos		Puntajes equivalentes									
Información	Comprensión	Aritmética	Analogías	Dígitos	Vocabulario	Dígitos Símbolos	Completamiento de figuras	Diseño con cubos	Ordenamiento de láminas	Imposibilidades	
19	27	27-28		26	17	78-80	87-90				19
18	23	26		25		76-77	83-86	21		36	18
17	27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	17
16	25	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47	34	16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	14
13	21-22	21	14	19-20		59-62	66-68	18	42-43	30-31	13
12	9-20	20	13	17-18	13	54-58	62-65	17	39-41	28-29	12
11	7-18	19	12	15-16	12	47-53	58-61	15-16	35-38	26-27	11
10	15-16	17-18	11	13-14	11	40-46	52-57	14	31-34	23-25	10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	32-39	47-51	12-13	28-30	20-22	9
8	1-12	14	9	9-10		26-31	41-46	10-11	25-27	18-19	8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	7
6	7-8	10-11	6	5-6	8	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	4
3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	3
2	2	4	2	1	6	9	13-14	2	3-5	6	2
1	1	3	1		4-5	8	12	1	2	5	1
0	0	0-2	0	0	0-3	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0

RESUMEN

SUBTEST	Puntaje Bruto	Puntaje equivalente
Información	14	9
Comprensión	19	11
Aritmética	9	8
Analogías	20	13
Dígitos	9	7
Vocabulario	53	12
PUNTAJE VERBAL		60
Dígitos-Símbolos	39	7
Completamiento de fig.	7	6
Diseño con cubos	29	9
Ordenamiento de lám.	30	9
Rompecabezas	31	6
PUNTAJE DE EJECUCIÓN		37
PUNTAJE TOTAL		97
PUNTAJE VERBAL		60 = 100
PUNTAJE DE EJECUCIÓN		37 = 88
PUNTAJE DE ESCALA COMP.		97 = 94

* Se puede obtener un "psicograma" con los datos de esta tabla uniendo con una línea los puntajes brutos del sujeto. La interpretación de cada perfil, sin embargo, debe tener en cuenta la confiabilidad de los subtests y la menor confiabilidad de las diferencias entre los puntajes de los subtests.

1. INFORMACION		Puntaje 100		Puntaje 150		Puntaje 100
1. Bandera	J	11. Italia	J	21. Corán		
2. Pezora	J	12. Roca	J	22. Génesis		
3. Meses	J	13. Semanas	C	23. París		
4. Termómetro	J	14. Quijote	J	24. Levadura		
5. Ciudad	J	15. Vaticano	J	25. Etnología		
6. Pres. dentes	J	16. Temperatura	C	26. Vasos sanguíneos		
7. Echeverría	J	17. San Martín	C	27. Fausto		
8. Panamá	J	18. Egipto	C	28. Gobernadores		
9. Canadá	J	19. Población	C	29. Apócrifos		
10. Estatura	J	20. Iliada	C			14

Observaciones:



Editorial Paidós

D. Wechsler: Test de inteligencia para adultos
 Copyright 1947, © 1955 by The Psychological Corporation • Copyright © 1984 by Editorial Paidós
 Todos los derechos reservados • Impreso en Argentina - Printed in Argentina



The Psychological Corporation

11. 0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre.
 1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre.
 2 Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.
 3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
12. 0 No he perdido el interés por otras personas.
 1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre.
 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.
 3 He perdido todo mi interés por otras personas.
13. 0 Tomo decisiones casi como siempre.
 1 Postergo la toma de decisiones más que de costumbre.
 2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 3 Ya no puedo tomar más decisiones.
14. 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a), sin atractivos.
 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractiva(a).
 3 Creo que me veo fea(a).
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.
 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 3 No puedo trabajar en absoluto.
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.
 1 No duermo tan bien como solía hacerlo.
 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.
 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme.
17. 0 No me canso más que de costumbre.
 1 Me canso más fácilmente que de costumbre.
 2 Me canso sin hacer casi nada.
 3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo..
18. 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.
 1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 2 Mi apetito está mucho peor que ahora.
 3 Ya no tengo apetito.
19. 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
 1 He rebajado más de dos kilos y medio.
 2 He rebajado más de cinco kilos.
 3 He rebajado más de siete kilos y medio.
20. 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.
 2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
 3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.
 2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.
 3 He perdido por completo el interés por el sexo.

PUNTUACION TOTAL: 5

NIVEL DE DEPRESION Normal

EXAMINADOR Ma. Lorena Chérrez - Verónica Freire

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE María Cedillo Espinoza EDAD 44 FECHA 02 de Marzo /06

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1. 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.
3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2. 0 No me siento especialmente desanimado(a) ante el futuro.
1 Me siento desanimado(a) respecto al futuro.
2 Siento que no tengo nada que esperar.
3 Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3. 0 No creo que sea un fracasado(a).
 1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
2 Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
3 Creo que soy un fracasado absoluto como persona.
4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.
2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.
3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.
5. 0 No me siento especialmente culpable.
1 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
2 Me siento bastante culpable casi siempre.
3 Me siento culpable siempre.
6. 0 No creo que esté siendo castigado(a).
1 Creo que puedo ser castigado(a).
2 Espero ser castigado(a).
3 Creo que estoy siendo castigado(a).
7. 0 No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a).
1 Me he decepcionado a mí mismo(a).
2 Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a).
3 Me odio.
8. 0 No creo ser peor que los demás.
1 Me critico por mis debilidades y errores.
2 Me culpo siempre por mis errores.
3 Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9. 0 No pienso matarme.
1 Pienso en matarme, pero no lo haría.
2 Me gustaría matarme.
3 Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. 0 No lloro más que de costumbre.
1 Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.
2 Ahora lloro todo el tiempo.
3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

(Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F.; Emery, G.)

El "Inventario de depresión", de Beck, fue desarrollado, en un primer momento, como un instrumento de 21 ítems que evaluaba la intensidad de la depresión. A continuación los autores desarrollaron una versión paralela, transformando cada ítem en cuatro o seis frases que van en orden creciente de intensidad.

El contenido de los ítems refleja claramente la importancia concedida por los autores al componente cognitivo de la depresión.

Se le pide al sujeto que en cada uno de los 21 ítems marque con una señal (encierre en un círculo) el número que se encuentra a la izquierda de la frase que mejor refleje su situación durante la última semana, incluyendo el día de hoy.

La escala de puntos va de 0 a 63. La puntuación total se obtiene sumando los valores correspondientes a cada una de las frases marcadas por el sujeto, en los 21 ítems.

Los puntos de corte establecidos para graduar el síndrome depresivo son los siguientes:

NORMAL.....	0	a	9
DEPRESION LEVE.....	10	a	18
DEPRESION MODERADA...	19	a	29
DEPRESION GRAVE.....	30	a	40
DEPRESION EXTREMA.....	41	a	63

	Respuesta
67. ¿Ha insistido alguna vez en salirse con la suya?	Si No
68. ¿Tiene Vd. casi siempre una respuesta rápida, a mano, cuando la gente le habla?	Si No
69. ¿Trata Vd. de no ser grosero, mal educado, con la gente?	Si No
70. ¿Se queda preocupado demasiado tiempo después de una experiencia embarazosa, molesta?	Si No
71. ¿Ha llegado Vd. alguna vez tarde a una cita o al trabajo?	Si No
72. ¿Le gusta hacer cosas en las que tenga que actuar con rapidez?	Si No
73. Cuando Vd. tiene que coger el tren, ¿llega a menudo en el último momento?	Si No
74. ¿Sufre Vd. de los «nervios»?	Si No
75. ¿Se lava siempre las manos antes de las comidas?	Si No
76. ¿Comienza a menudo actividades que le ocupan más tiempo del que realmente dispone?	Si No
77. ¿Se rompe fácilmente su amistad con otras personas sin que Vd. tenga la culpa?	Si No
78. ¿Se siente a menudo solo?	Si No
79. ¿Deja Vd. a veces para mañana lo que puede hacer hoy?	Si No
80. ¿Es Vd. capaz de animar, de poner en marcha una reunión social?	Si No
81. ¿Le daría pena ver a un animal cogido en una trampa?	Si No
82. ¿Se siente fácilmente herido cuando la gente le encuentra fallos a Vd. o a su trabajo?	Si No
83. ¿Piensa que tener un seguro de enfermedad es una tontería?	Si No
84. ¿Le gusta hacer rabiar algunas veces a los animales?	Si No
85. ¿Se encuentra Vd. algunas veces rebosante de energía y otras veces lento y apagado?	Si No
86. ¿Practica Vd. siempre lo que predica?	Si No
87. ¿Le gusta que haya mucha animación, bullicio, a su alrededor?	Si No
88. ¿Le gustaría que otras personas le tuvieran miedo?	Si No
89. ¿Es Vd. susceptible o se le molesta fácilmente con ciertas cosas?	Si No
90. ¿Respetaría siempre su lugar en una cola, a pesar de todo?	Si No
91. ¿Piensan otras personas que Vd. es muy enérgico y animado?	Si No
92. ¿Prefiere normalmente salir solo?	Si No
93. ¿Le hace perder el apetito cualquier contrariedad, por pequeña que ésta sea?	Si No
94. ¿Considera que podría portarse mejor con algunos de sus amigos?	Si No

COMPRUEBE LA COLUMNA DE RESPUESTAS PARA VER SI HA DEJADO ALGUNA CUESTION SIN CONTESTAR

N	E	P	S
3	2	4	6

	Respuesta	
34. ¿Tiene Vd. muchos amigos? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
35. ¿Se interesa por el porvenir de su familia? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
36. ¿Es Vd. una persona preocupadiza? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
37. Cuando era niño, ¿fue alguna vez descarado con sus padres? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
38. ¿Toma Vd. generalmente la iniciativa para hacer nuevos amigos? ...	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
39. ¿Sufre Vd. de insomnio? ...	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
40. ¿Se preocupa Vd. acerca de cosas terribles que puedan suceder? ...	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
41. ¿Son buenas y convenientes todas sus costumbres? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
42. ¿Es Vd. de los que a veces fanfarronean un poco? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
43. ¿Le gusta alternar con sus amistades? ...	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
44. ¿Se considera Vd. tenso, irritable, «de poco aguante»? ...	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
45. ¿Ha hecho alguna vez trampas en el juego? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
46. Si se encuentra un niño perdido entre una muchedumbre de gente, ¿se compadecería de él? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
47. ¿Se preocupa Vd. acerca de su salud? ...	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
48. ¿Se ha aprovechado Vd. alguna vez de otra persona? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
49. ¿Permanece Vd. generalmente callado cuando está con otras personas? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
50. ¿Le molesta la gente que conduce con cuidado? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
51. ¿Duda mucho antes de tomar cualquier decisión, por pequeña que sea? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
52. Cuando era niño, ¿hacía lo que le mandaban inmediatamente y sin protestar? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
53. ¿Le resulta fácil animar una reunión social que está resultando aburrida? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
54. ¿Para Vd. tienen la mayoría de las cosas el mismo sabor? ...	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
55. ¿Se ha sentido a menudo desanimado, cansado, sin ninguna razón? ...	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
56. ¿Piensa que la gente pasa demasiado tiempo preocupándose por su futuro con ahorros y seguros? ...	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
57. ¿Le gusta contar chistes y anécdotas a sus amigos? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
58. ¿Le gusta llegar a tiempo a sus citas? ...	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
59. ¿Siente Vd. a menudo que la vida es muy aburrida? ...	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
60. ¿Dejaría Vd. de pagar sus impuestos si estuviera seguro de que nunca lo descubrirían? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
61. ¿Le gusta mezclarse con la gente? ...	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
62. ¿Hay personas que evitan encontrarse con Vd? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
63. ¿Le preocupa mucho su apariencia externa? ...	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
64. ¿Le importan mucho los buenos modales y la limpieza? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
65. ¿Es o fue su madre una buena mujer? ...	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
66. ¿Ha deseado alguna vez morir? ...	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No

NO SE DETENGA, PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

N	E	P	S
2	4	5	4

	Respuesta
1. ¿Tiene Vd. muchos «hobbys», muchas aficiones?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
2. ¿Le preocuparía tener deudas?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
3. ¿Tiene a menudo altibajos su estado de ánimo?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Ha sido alguna vez acaparador, cogiendo más de lo que le correspondía?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Es Vd. una persona conversadora?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Se siente alguna vez desgraciado sin ninguna razón?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Es Vd. de los que cierra las puertas de su casa cuidadosamente todas las noches? ...	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
9. ¿Tomaría Vd. drogas o medicamentos que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
10. ¿Se preocupa Vd. a menudo por cosas que no debería haber hecho o dicho?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
11. ¿Ha quitado Vd. algo que no le pertenecía, aunque no fuese más que un alfiler o un botón?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
12. ¿Es Vd. una persona animada, alegre?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
13. ¿Le gusta conocer a gente nueva, hacer amistades?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
14. ¿Es Vd. una persona irritable?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
15. Cuando promete hacer algo, ¿cumple su promesa a pesar de los muchos inconvenientes que se puedan presentar?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
16. Normalmente, ¿puede relajarse y disfrutar en una reunión social animada?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
17. ¿Se hieren sus sentimientos con facilidad?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
18. ¿Ha roto o perdido Vd. algo que pertenecía a otra persona?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
19. ¿Tiende Vd. a mantenerse en segundo plano en las reuniones sociales?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
20. ¿Disfruta Vd. hiriendo o mortificando a personas que ama o quiere?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
21. ¿Se siente a menudo harto, «hasta la coronilla»?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
22. ¿Habla a veces de cosas de las Vd. no sabe nada?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
23. ¿Le gusta mucho salir?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
24. ¿Está Vd. siempre dispuesto a admitir un error cuando lo ha cometido?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
25. ¿Le asaltan a menudo sentimientos de culpa?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
26. ¿Piensa Vd. que el matrimonio está pasado de moda y debería suprimirse?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
27. ¿Tiene Vd. enemigos que quieren hacerle daño?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
28. ¿Se considera Vd. una persona nerviosa?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
29. ¿Cree que los sistemas de seguros son una buena idea?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
30. ¿Prefiere Vd. leer a conocer gente?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
31. ¿Disfruta gastando bromas que a veces pueden herir o molestar a otras personas? ...	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
32. ¿Se considera Vd. una persona despreocupada, feliz?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
33. ¿Ha dicho Vd. alguna vez algo malo o malintencionado acerca de alguien?	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>

NO SE DETENGA, PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

N	E	P	S
3	3	5	4

EPQ - A

	PD	PC	GN
N	8	15	
E	9	30	
P	14	99	
S	14	70	

Apellidos y nombre Cedillo Eopinoza María Edad 44 Sexo F
 Centro CREIAD Curso N.º
 Observaciones Fecha 23/03/06

Instrucciones

Las preguntas siguientes se refieren a diferentes modos de pensar y sentir. Después de cada una están las palabras Sí y No.

Lea cada pregunta y conteste poniendo una cruz o aspa sobre la palabra Sí o la palabra No, según sea su modo de pensar o sentir. No hay respuestas buenas o malas; todas sirven. Tampoco hay preguntas de truco.

Mire cómo se han contestado los siguientes ejemplos:

	Respuesta
A) ¿Le gustaría ir de vacaciones al Polo Norte?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
B) ¿Se para a pensar las cosas antes de hacerlas?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Quien ha señalado las respuestas ha contestado que No le gustaría ir de vacaciones al Polo Norte y que Sí, es verdad, se para a pensar las cosas antes de hacerlas.

No piense demasiado las cuestiones, ni emplee mucho tiempo en decidirse. Las frases son muy cortas para darle todos los detalles que Vd. quisiera. Procure no dejar cuestiones sin contestar; tal vez algunas le parezcan muy personales; no se preocupe y recuerde que este Ejemplar se guarda como documento confidencial y no puede ser valorado sin una plantilla especial; por otra parte, al obtener los resultados no se consideran las respuestas una a una, sino globalmente.

ESPERE, NO PASE A LA PAGINA SIGUIENTE HASTA QUE SE LE INDIQUE



Autores: H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck. Versión española: V. Escolar, A. Lobo y A. Seva-Díaz (Zaragoza).
 Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S. A. - Traducido y adaptado con permiso de Hodder & Stoughton, Kent, England. Copyright © 1975 by H. J. Eysenck & S. B. G. Eysenck - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Edita: TEA Ediciones, S. A. - Fray Bernardino de Sahagún, 24, Madrid-16 - Imprime: Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo., Madrid-2 - Depósito legal: M.-25.628-1982.

4.1. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	7
3. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Susplicacia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala positiva (PANSS-P)</i>	<i>Puntuación directa: 22</i>			<i>Percentil: 25</i>			
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala negativa (PANSS-N)</i>	<i>Puntuación directa: 35</i>			<i>Percentil: 75</i>			
<i>Escala compuesta (PANSS-C)</i>	<i>Puntuación directa: -13</i>			<i>Percentil: 25</i>			
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manierismos/posturas	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de insight	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
<i>Psicopatología general (PANSS-PG)</i>	<i>Puntuación directa: 63</i>			<i>Percentil: 95</i>			
	1	2	3	4	5	6	7

Más Restrictivo
 → Esquizofrenia Mixto (cuando en las dos escalas hay más de 2 items que obtienen puntuaciones sup. a 3)
 Menos Restrictivo
 → Prevalen síntomas negativos (-13P)

Maria Cedillo 23/03/06

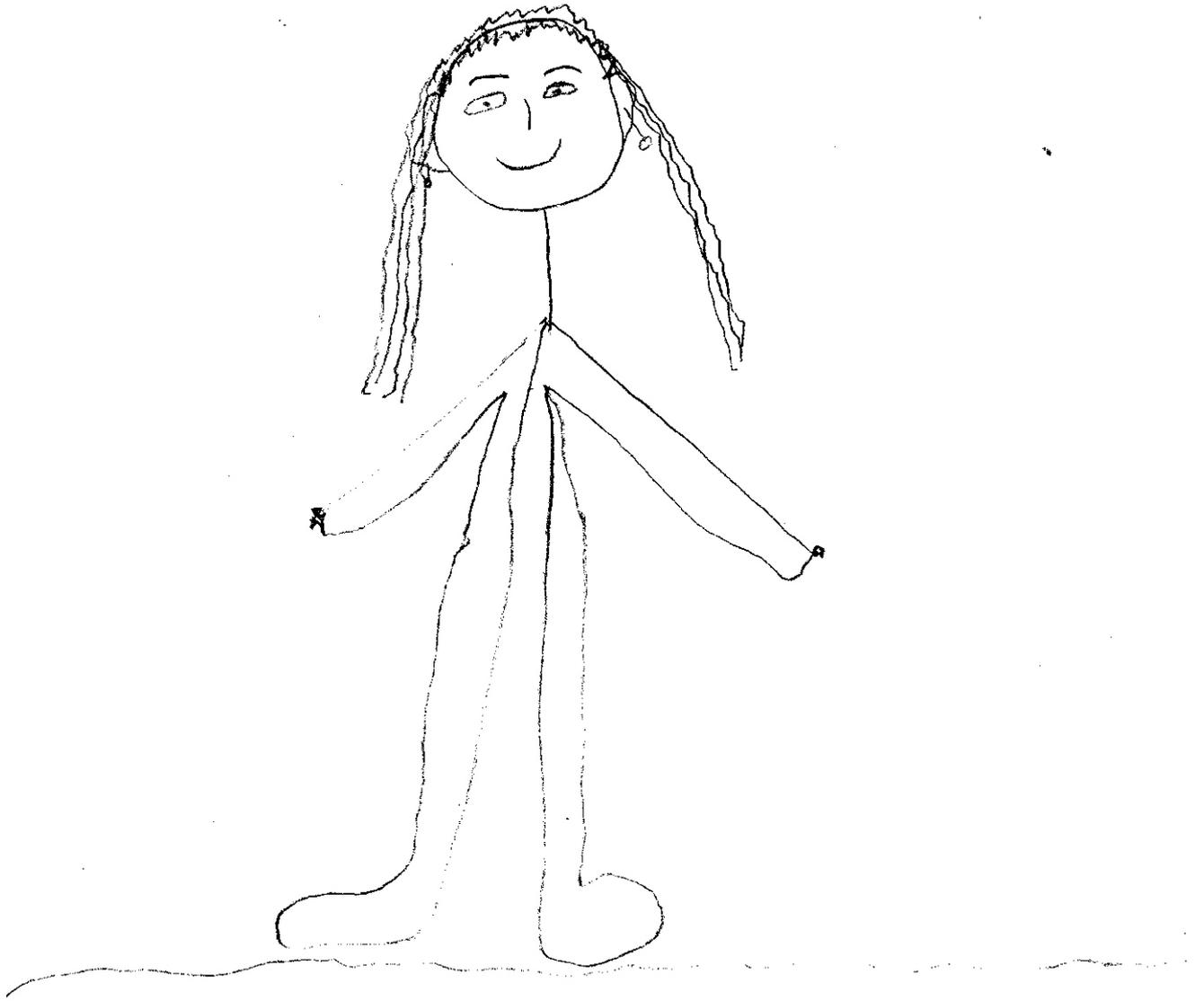
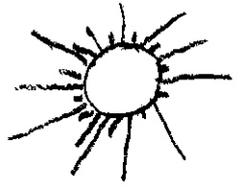
7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Definición operativa de los ítems	Puntos				
	0	1	2	3	4
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> - General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Total: 22 puntos
 Ansiedad Moderada / Grave

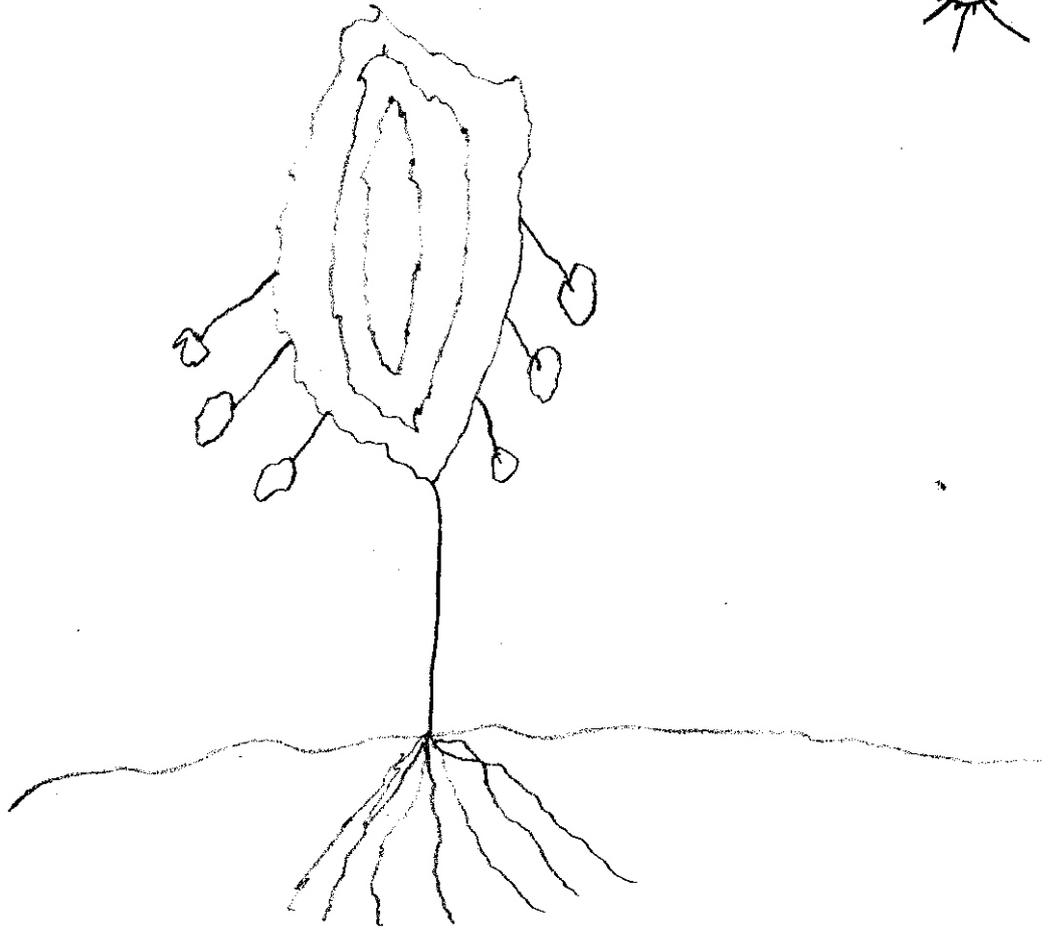
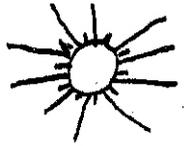
María Cedillo 23/03/06

PERSONA



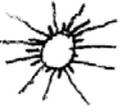
Maria Cedillo

ARBOL



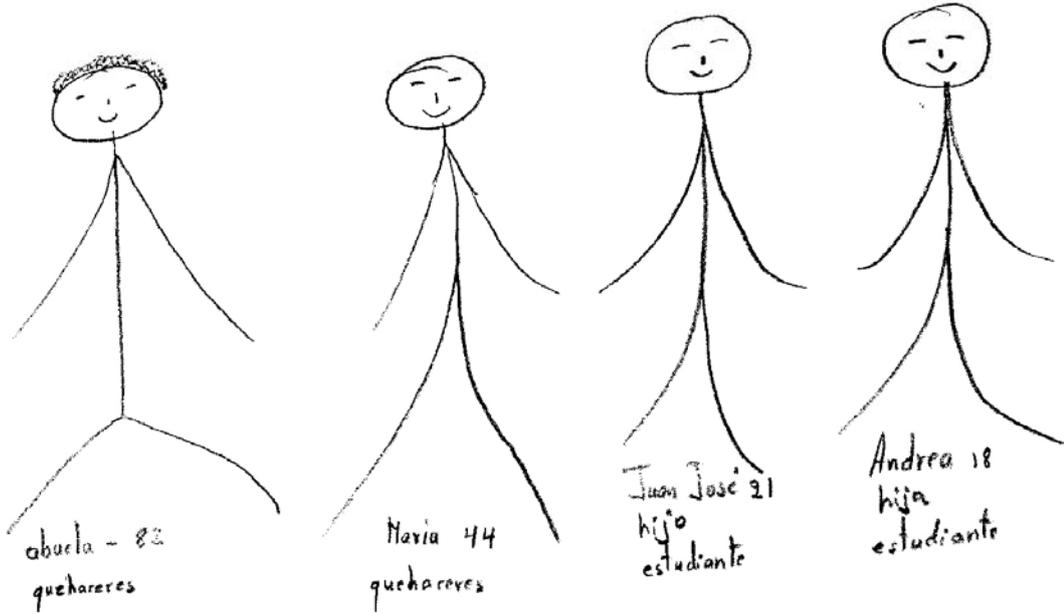
Maria Cedillo

CASA



Maria Cedillo

FAMILIA



Maria Cedillo. 23/03/06

débil: indecisión, miedo, inseguridad, yo débil fragmentada / dificultad con los ángulos: organicidad

— Otro

USO CONVENCIONAL DEL COLOR

Negro: contornos, humo, cercas
Azul, azul-verde: fondo, cielo
cortinas
Café: muros
Verde: techo, pasto
Naranja: naranjas
Morado: cortinas
Rojo: chimenea, ladrillos, manzanas, cerezas
Amarillo: sol, flores
Amarillo-verde: paisaje, pasto

organicidad
débil: indecisión, miedo, inseguridad, yo débil fragmentada / dificultad con los ángulos: organicidad

— Otro

USO CONVENCIONAL DEL COLOR

Negro: contornos
Azul, azul-verde: fondo, cielo
Café: tronco
Verde: follaje, pasto
Naranja: naranjas
Rojo: manzanas, cerezas
Amarillo: sol, flores
Amarillo-verde: paisaje, pasto

organicidad
débil: indecisión, miedo, inseguridad, yo débil fragmentada / dificultad con los ángulos: (organicidad)

— Otro

USO CONVENCIONAL DEL COLOR

Negro: contornos, cabello
Azul, azul-verde: fondo, cielo
Ojos: café cabello, ropa: verde: suéteres, pasto
Naranja: suéteres
Morado: bufandas, artículos de vestir menores
Rojo: labios, suéteres, vestidos, cabello
Rosa: piel, ropa
Amarillo: sol, cabello
Amarillo-verde: pasto

USO GENERAL DEL COLOR

— Elección del color: perturbación general
— Mezclas extravagantes: perturbación grave
— El color utilizado únicamente en el contorno: superficialidad, resistencia, oposición
— Blanco utilizado como color: alineación
— Calidad o tamaño muy diferentes de los dibujos e blanco y negro: habilidad para tolerar el afecto
— Color fuera de los contornos: impulsividad, inmadurez, organicidad
— Uso del color extremadamente inusual: perturbación general.
Listar:
— Otro

USO GENERAL DEL COLOR

— Elección del color: perturbación general
— Mezclas extravagantes: perturbación grave
— El color utilizado únicamente en el contorno: superficialidad, resistencia, oposición
— Blanco utilizado como color: alineación
— Calidad o tamaño muy diferentes de los dibujos e blanco y negro: habilidad para tolerar el afecto
— Color fuera de los contornos: impulsividad, inmadurez, organicidad
— Uso del color extremadamente inusual: perturbación general.
Listar:
— Otro

USO GENERAL DEL COLOR

— Elección del color: perturbación general
— Mezclas extravagantes: perturbación grave
— El color utilizado únicamente en el contorno: superficialidad, resistencia, oposición
— Blanco utilizado como color: alineación
— Calidad o tamaño muy diferentes de los dibujos e blanco y negro: habilidad para tolerar el afecto
— Color fuera de los contornos: impulsividad, inmadurez, organicidad
— Uso del color extremadamente inusual: perturbación general.
Listar:
— Otro

canaletas entanizadas:
defensividad, suspicacia
contraventanas/ cerradas:
aislamiento

meticulosa: obsesivo
compulsividad
hojas desprendidas: fallas en los
mecanismos de defensa: grande:
compensación
raíces omitidas: inseguridad
garras: paranoia
delgadas/ transparentes/ muertas:
poco contacto con la realidad,
organicidad
enredadas: pérdida de control
fruta: dependencia, rechazo si está
cayendo
común en niños pequeños

desadaptación sexual
énfasis en los botones:
inmadurez. Común en niños
pequeños
— Genitales dibujados: patología
en cualquier edad excepto en
niños muy pequeños. Común en
estudiantes de arte o adultos en
psicoanálisis
— Pies
omitidos o trazados: desamparo,
pérdida de la autonomía,
preocupación sexual
dedos de los pies en una figura
vestida: agresión
— Cabello
enfático u omitido:
preocupación sexual
— Manos / dedos
enguantadas: agresión reprimida
en forma de puas: acting out
en forma de pétalos: inmadurez
— Cuello
énfasis: necesidad de control
como espagueti: psicosis
omitido: impulsividad
— Otro

— Otro

— Otro

— Detalles irrelevantes
Nubes, sombras: ansiedad
Montañas: defensividad
Escalones y caminos largos o
angostos: aislamiento
Arbustos excesivos: inseguridad

— Detalles irrelevantes
Nubes, sombras: ansiedad
Arbustos excesivos: inseguridad

— Detalles irrelevantes
Bastones, espadas, armas:
agresión, preocupación sexual

— Otro

— Otro

— Detalles extravagantes
Común en niños pequeños
— Dimensionalidad en los
detalles
Casa dibujada como plano:
conflicto grave, paranoia,
organicidad

— Detalles extravagantes
Común en niños pequeños
— Dimensionalidad en los
detalles
unidimensionalidad: recursos
inferiores para buscar satisfacción
bidimensional sin cerrar: pérdida
de control

— Otro

Detalles extravagantes
Común en niños pequeños
— Dimensionalidad en los
detalles

— Sombreado de los detalles
excesivo: ansiedad

— Sombreado de los dibujos
excesivo: ansiedad

— Sombreado de los detalles
excesivo: ansiedad

— Secuencia de los detalles: lo
usual es el techo, los muros, la
puerta y la ventana o la línea
base, los muros y el techo

— Secuencia de los detalles:
usualmente el tronco, ramas,
follaje: o la punta, las ramas y el
tronco

— Secuencia de los detalles
(la cabeza y la cara usualmente se
dibujan primero)

— Calidad de la línea
recargada: tensión, ansiedad,
vigor, organicidad

— Calidad de la línea
recargada: tensión, ansiedad,
vigor, violencia,

— Calidad de la línea
recargada: tensión, ansiedad,
violencia.

énfasis: esfozamiento control del yo
aumento: poco contacto con la realidad
doble perspectiva: regresión. Es común en niños pequeños
transparente: común en niños pequeños
énfasis horizontal: presiones ambientales
énfasis vertical: poco contacto con la realidad, preocupación sexual. Común en niños pequeños

← Ventanas

énfasis: ambivalencia social
ausentes: aislamiento
numerosas: exhibicionismo
abiertas: poco control del yo
pequeñas: aislamiento
sin cristales: hostilidad

— Detalles no esenciales
— Cortinas enfatizadas: aislamiento, evasión

← Tronco

base amplia: dependencia
grande: regresión, inadecuación
cicatrices: trauma
unidimensionalidad: organicidad
animales: regresión, común en niños pequeños
énfasis vertical: poco contacto con la realidad, preocupación sexual. Común en niños pequeños
base angosta: pérdida de control

← Tipo

frutales o de Navidad: dependencia, inmadurez, común en niños pequeños
muertos: perturbación grave
árbol nuevo: regresión
movidos por el viento: presiones ambientales

— Detalles no esenciales
— Corteza enfatizada: ansiedad, depresión

omitida: agresión oral, depresión
dientes: agresión

— Nariz

énfasis: preocupación sexual.
Común en niños pequeños

— Género

sexo opuesto dibujado primero:
conflicto en la identificación del género

← Piernas

omitidas, encogidas o trozadas:
desamparo, pérdida de la autonomía

juntas: rigidez, tensión

separadas: agresión

flotando: inseguridad,

dependencia

— Omisiones: conflicto en relación con la parte omitida

← Torso y cuerpo inconclusa,

fragmentos u omitidos:

psicopatología grave,

organicidad. Común en niños pequeños

seno: inmadurez

línea media vertical: inferioridad,

dependencia

hombros/ cuadros o enfatizados:

hostilidad

línea de la cintura enfatizada:

conflicto sexual. Común en niños pequeños

estrecha: explosividad

— Detalles no esenciales

— Ropa

demasiada o poca: narcisismo,

DETALLES

— Excesivos: obsesivo-compulsivo, ansiedad
— Carencia: aislamiento, común en niños pequeños
— Extravagantes: psicosis, común en niños pequeños
— Detalles esenciales: un muro, techo, puerta, ventana, chimenea. Comúnmente orientado por niños pequeños

— Antropomórficos: regresión, organicidad. Común en niños pequeños

— Chimenea
énfasis: preocupación sexual
omisión: falta de afecto en el hogar
humo excesivo: tensión extrema en el hogar
en ángulo: regresión. Común en niños pequeños

— Puerta
ausencia: inaccesibilidad, aislamiento
grande: dependencia
pequeña: inadecuación,
cerrada / atrancada: defensiva
abierta: necesidad de afecto

— Omisiones: conflicto con el objeto omitido

— Techo
énfasis: introversión, fantasía únicamente el techo: psicosis
una sola línea: constricción
aleros enfatizados: suspicacia

— Muros
delgados o débiles: límites del yo débiles

DETALLES

— Excesivos: obsesivo-compulsivo, ansiedad
— Carencia: aislamiento, común en niños pequeños
— Extravagantes: psicosis, común en niños pequeños
— Detalles esenciales: el tronco y al menos una rama

— Ramas
excesivas: compensación, manía
muy altas: esquizoide
rotas / muertas: suicidio, impotencia
como envueltas en algodón: culpa
raíces en espejo: psicosis

— Copa
en forma de nube: fantasía
garabateada: labilidad
aplanada: presión ambiental,
negación

— Línea base
árbol dibujado en una depresión de la línea base: inadecuación
árbol dibujado en la cima de una colina: grandiosidad, aislamiento

— En forma de ojo de cerradura o de Nigg: oposición, hostilidad

— Omisiones: conflicto en relación con la parte omitida

— Desgarramientos: psicosis, organicidad

DETALLES

— Excesivos: obsesivo-compulsivo, ansiedad
— Carencia: aislamiento, común en niños pequeños
— Extravagantes: psicosis, común en niños pequeños
— Detalles esenciales: cabeza, tronco, brazos, piernas, rasgos faciales. La omisión de partes de cuerpo es común en niños pequeños

— Brazos
énfasis: fuerte necesidad de logro, agresión, castigo si la persona dibujada no es él o ella misma,
como estagueti: dependencia,
organicidad
omitido, muy pequeños,
escondidos: culpa, inadecuación, rechazo si la persona dibujada no es él o ella
en forma de alas: esquizoide

— Cabeza
grande: regresión, grandiosidad
común en niños pequeños
pequeña: inadecuación
irregular o separada del cuerpo:
organicidad, psicosis
solamente la parte trasera:
paranoia
dibujada al último: psicopatología grave

— Rasgos faciales
omitidos o débiles: aislamiento
énfasis: dominio social
compensatorio
perfil: paranoia animales o
extravagantes: psicosis
sombreados: diferentes al color de la piel: psicopatología grave

— Ojos
énfasis: paranoia
pequeños, cerrados, omitidos:
introversión, voyeurismo
pupilas omitidas: poco contacto con la realidad. Común en niños pequeños

— Orejas
énfasis excesivo: paranoia,
alucinaciones auditivas

— Boca
énfasis: dependencia. Común en niños pequeños

PERSPECTIVA

← Ubicación en la página
izquierda: aislamiento, regresión, organicidad (hemisferio izquierdo) preocupación por sí mismo, rumiación sobre el pasado, impulsividad, necesidad de gratificación inmediata
derecha: preocupación, ambiental, anticipación del futuro, estabilidad/ control, habilidad para retrasar la gratificación
ubicación central: rigidez común en niños pequeños
ubicación en la parte superior de la página: lucha no realista, fantaseo, frustración
ubicación en la parte superior izquierda: común en niños pequeños
ubicación en la parte inferior de la página: concreción, depresión, inseguridad, inadecuación

— Rotación: oposición cayendo: aflicción extrema
— Bordes del papel inferior: necesidad de apoyo lateral: sentimiento de constricción superior: miedo o evitación del ambiente los bordes impide que se complete el dibujo: organicidad
← Relación con el observador
visto desde arriba: rechazo, grandiosidad compensatoria
visto desde abajo: aislamiento, inferioridad
visto a distancia: inaccesibilidad, sentimiento de rechazo, situación en el hogar fuera de control
postura / presentación
dibujo de espaldas: aislamiento
paranoia

← Línea de base: necesidad de seguridad, ansiedad
← Transparencia: mala orientación en la realidad es común en niños pequeños

— Movimiento
— Otro

PERSPECTIVA

← Ubicación en la página
izquierda: aislamiento, regresión, organicidad (hemisferio izquierdo) preocupación por sí mismo, rumiación sobre el pasado, impulsividad, necesidad de gratificación inmediata
derecha: preocupación, ambiental, anticipación del futuro, estabilidad/ control, habilidad para retrasar la gratificación
ubicación central: rigidez común en niños pequeños
ubicación en la parte superior de la página: lucha no realista, fantaseo, frustración
ubicación en la parte superior izquierda: común en niños pequeños
ubicación en la parte inferior de la página: concreción, depresión, inseguridad, inadecuación

— Rotación: oposición cayendo: aflicción extrema
— Bordes del papel inferior: necesidad de apoyo lateral: sentimiento de constricción superior: miedo o evitación del ambiente los bordes impide que se complete el dibujo: organicidad
← Relación con el observador
visto desde arriba: rechazo, grandiosidad compensatoria
visto desde abajo: aislamiento, inferioridad
visto desde lejos: aislamiento
postura presentación si no es frontal: aislamiento
paranoia

← Línea de base: necesidad de seguridad, ansiedad
← Transparencia: pobre orientación en la realidad es común en niños pequeños

— Movimiento: presiones ambientales
— Otro

PERSPECTIVA

← Ubicación en la página
izquierda: aislamiento, regresión, organicidad (hemisferio izquierdo) preocupación por sí mismo, rumiación sobre el pasado, impulsividad, necesidad de gratificación inmediata
derecha: preocupación, ambiental, anticipación del futuro, estabilidad/ control, habilidad para retrasar la gratificación
ubicación central: rigidez común en niños pequeños
ubicación en la parte superior de la página: lucha no realista, fantaseo, frustración
ubicación en la parte superior izquierda: común en niños pequeños
ubicación en la parte inferior de la página: concreción, depresión, inseguridad, inadecuación

— Rotación: oposición cayendo: aflicción extrema
— Bordes del papel inferior: necesidad de apoyo lateral: sentimiento de constricción superior: miedo o evitación del ambiente los bordes impide que se complete el dibujo: organicidad
← Relación con el observador
visto desde arriba: rechazo, grandiosidad compensatoria
visto desde abajo: aislamiento, inferioridad
visto a distancia: aislamiento
postura presentación
completamente de perfil o dibujo de espaldas: aislamiento
paranoia
postura grotesca: sicopatología grave
mezcla de perfil con vista de frente: organicidad, retraso, psicosis
← Línea de base: necesidad de seguridad, ansiedad
← Transparencia: poco contacto con la realidad: psicosis si se muestra los órganos internos. Común en los niños pequeños
← Movimiento
— Otro

LISTA DE CONCEPTOS PARA LA INTERPRETACION

CASA	ARBOL	PERSONA
<p> <input checked="" type="checkbox"/> tiempo 10-12 minutos. Latencia - 30 segundos <input checked="" type="checkbox"/> Pocas borraduras <input checked="" type="checkbox"/> Simetria <input checked="" type="checkbox"/> Líneas no esbozadas ni sobrenfáticas </p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Deficiencias aceptadas con buen humor </p>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> tiempo 10-12 minutos. Latencia - 30 segundos <input checked="" type="checkbox"/> Pocas borraduras <input checked="" type="checkbox"/> Simetria <input checked="" type="checkbox"/> Líneas no esbozadas ni sobrenfáticas </p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Deficiencias aceptadas con buen humor </p>	<p> <input checked="" type="checkbox"/> tiempo 10-12 minutos. Latencia - 30 segundos <input checked="" type="checkbox"/> Pocas borraduras <input checked="" type="checkbox"/> Simetria <input checked="" type="checkbox"/> Líneas no esbozadas ni sobrenfáticas </p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Deficiencias aceptadas con buen humor </p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Se dibujo primero una persona del mismo sexo y fue mas elaborada <input checked="" type="checkbox"/> Características sexuales secundarias incluidas (adultos) <input checked="" type="checkbox"/> Pupilas dibujadas <input checked="" type="checkbox"/> Nariz sin orificios <input checked="" type="checkbox"/> Ropa y cinturón indicados <input checked="" type="checkbox"/> Pies y orejas <input checked="" type="checkbox"/> Solamente omisiones menores </p>
<p>OBSERVACIONES GENERALES</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Actitud <input checked="" type="checkbox"/> Habilidad - Borraduras (incertidumbre, conflicto indecisión, autocrítica, ansiedad) <input checked="" type="checkbox"/> Comentarios espontáneos <input checked="" type="checkbox"/> Tiempo, latencia, pausas </p>	<p>OBSERVACIONES GENERALES</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Actitud <input checked="" type="checkbox"/> Habilidad - Borraduras (incertidumbre, conflicto indecisión, autocrítica, ansiedad) <input checked="" type="checkbox"/> Comentarios espontáneos <input checked="" type="checkbox"/> Tiempo, latencia, pausas </p>	<p>OBSERVACIONES GENERALES</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Actitud <input checked="" type="checkbox"/> Habilidad - Borraduras (incertidumbre, conflicto indecisión, autocrítica, ansiedad) <input checked="" type="checkbox"/> Comentarios espontáneos <input checked="" type="checkbox"/> Tiempo, latencia, pausas </p>
<p>PROPORCION</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Imagen / tamaño de la forma. Los niños normales muestran mas variabilidad en el tamaño de sus dibujos que los adultos normales <u>Grande:</u> ambiente restrictivo, tensión, compensación, Pequeña: inseguridad, aislamiento, descontento, regresión <input checked="" type="checkbox"/> Detalles en la imagen simetria simetria excesiva: rigidez, fragmentación, distorsiones obvias: psicosis, organicidad, normal en niños bajo estrés <u>moderada:</u> ansiedad </p> <p> - Otro </p>	<p>PROPORCION</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Imagen / tamaño de la forma. Los niños normales muestran mas variabilidad en el tamaño de sus dibujos que los adultos normales <u>Grande:</u> ambiente restrictivo, tensión, compensación, Pequeña: inseguridad, aislamiento, descontento, regresión <input checked="" type="checkbox"/> Detalles en la imagen simetria simetria excesiva: rigidez, fragmentación, distorsiones obvias: psicosis, organicidad, normal en niños bajo estrés <u>moderada:</u> ansiedad </p> <p> - Otro </p>	<p>PROPORCION</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Imagen / tamaño de la forma. Los niños normales muestran mas variabilidad en el tamaño de sus dibujos que los adultos normales <u>Grande:</u> ambiente restrictivo, tensión, compensación, Pequeña: inseguridad, aislamiento, descontento, regresión <input checked="" type="checkbox"/> Detalles en la imagen simetria <u>simetria excesiva:</u> rigidez, fragmentación asimetria: torpeza física, confusión de genero, distorsiones obvias: psicosis, organicidad, normal en niños bajo estrés <u>moderada:</u> ansiedad </p> <p> - Otro </p>

PERSONA

- 45.* ¿Es este un hombre o una mujer? (niño o niña) _____
- 46.* ¿Qué edad tiene? _____
- 47.* ¿Quién es? _____
48. ¿Es un pariente, un amigo o qué? Nadie, caricatura
49. ¿En quien estaba pensando cuando dibujaba? En el periódico.
- 50.* ¿Qué está haciendo? ¿Dónde lo está haciendo? _____
- _____
51. ¿En que está pensando? _____
- 52.* ¿Cómo se siente? ¿Por que? _____
- _____
- 53.* ¿Qué le hace pensar o recordar esa persona? _____
- _____
54. ¿Qué más? _____
- 55.* ¿Está sana esa persona? _____
56. ¿Qué es lo que le da esa impresión? Porq' no tiene cara, rostro.
57. ¿Es feliz esa persona? NO, es normal no es feliz ni triste
58. ¿Qué le da esa impresión? porq' no le veo el rostro
- _____
59. ¿Es así la mayoría de la gente? ¿Por que? No, la gente es feliz y también es infeliz
60. ¿Cree que le agradaría esa persona? Tal vez
61. ¿Por que? yo le dibujé
62. ¿Cómo es el clima en el dibujo? (época del año, momento del día, cielo, temperatura) Parece q' hubiera nieve, frío
- _____
63. ¿A quien le recuerda esa persona? ¿Por que? A popeye, por lo delgado q' está
- 64.* ¿Qué es lo que más necesita esa persona? ¿Por que? _____
- _____
- 65.* ¿Alguien ha herido alguna vez a esa persona? ¿Por qué? _____
- _____
- 66.* Si esto fuera una persona en lugar de (Cualquier objeto aparte de la persona) ¿Quién sería? _____
- _____
- 67.* ¿Qué tipo de ropa lleva puesta esta persona? _____
- _____
68. Dibujar el sol y la línea base en cada dibujo. Suponiendo que el sol fuera alguna persona que usted conoce, ¿Quién sería? Mi mamá

ARBOL

- 22.* ¿Qué clase de árbol es? _____
23. ¿Dónde se encuentra realmente ese árbol? Frente a la casa
- 24.* ¿Aproximadamente que edad tiene ese árbol? _____
- 25.* ¿Está vivo ese árbol? _____
26. ¿Qué hay en él que le da la impresión de que está vivo? A porq' tiene hojas verdes y es muy frondoso
27. ¿Que causó su muerte? (Si no está vivo) _____
28. ¿Volverá a estar vivo? _____
29. ¿Alguna parte del árbol está muerta? ¿Cual? ¿Qué cree que ocasionó su muerte? ¿Por cuánto tiempo ha estado muerto? Si, una rama la q' está debajo
- 30.* ¿A qué se parece más ese árbol, a un hombre o a una mujer? _____
31. ¿Qué hay en el árbol que le da esa impresión? Porq' hay poca lluvia
32. Si fuera una persona en lugar de un árbol, ¿hacia donde estaría mirando? Hacia el frente, me estaría viendo a mi
33. ¿El árbol se encuentra solo o dentro de un grupo de árboles? Está en un grupo de árboles
34. Cuando mira el árbol, ¿Tiene la impresión de que se encuentra por encima de usted, debajo de usted, o al mismo nivel que usted? Por encima de mi
- 35.* ¿Cómo es el clima en este dibujo? (época del año, momento del día, cielo, temperatura) _____
- 36.* ¿Está soplando el viento en este dibujo? Muéstreme en que dirección sopla. ¿Qué clase de viento es? _____
37. ¿Qué le recuerda ese árbol? unos huracanes q' casi lo hacen derribar
38. ¿Qué más? Cayó un rizo sobre el árbol.
39. ¿Es un árbol sano? ¿Qué le da esa impresión? Si, porq' es bien alto y joven
40. ¿Es un árbol fuerte? ¿Qué le da esa impresión? Si, porq' es de eucalipto y es muy duro
41. ¿A quién le recuerda el árbol? a otro árbol en donde yo vivía
- 42.* ¿Qué es lo que más necesita el árbol? ¿Por que? _____
43. ¿Algún ha lastimado alguna vez al árbol? ¿Por que? Si, porq' le querían cortar una rama
- 44.* Si esto fuera una persona en lugar de (Cualquier objeto aparte del árbol) ¿Quién sería? _____

CUESTIONARIO H.T.P.

CASA

- 1.* ¿Cuántos pisos tiene la casa? (¿Tiene escaleras la casa?) _____
2. De qué está hecha la casa? Ladrillo
- 3.* ¿Es suya? ¿de quien es? _____
4. ¿En la casa de quien estaba pensando cuando la estaba dibujando? _____
De mi papá
5. ¿Le gustaría que fuera suya la casa? ¿Por qué? Si, para tener privacidad
- 6.* Si fuera dueña/o de la casa y pudiera hacer lo que quisiera con ella. ¿Qué cuarto escogería para usted? ¿Por qué? _____
- 7.* ¿Quién le gustaría que viva en esa casa con usted? ¿Por qué? _____
8. Cuando mira la casa ¿le parece que se encuentra cerca o lejos de usted? _____
lejos
9. Cuando mira la casa ¿tiene la impresión de que se encuentra por arriba de usted, debajo de usted o al mismo nivel que usted? por debajo de mi
10. ¿Qué le hace pensar o recordar la casa? Amis hermanos y padres
11. ¿Qué más? El estar cómodo
12. ¿Es una casa feliz y amistosa? No es muy feliz
13. ¿Qué hay en la casa que le da esa impresión? hay disputas, pleitos
14. ¿La mayoría de las casas son así? ¿Por qué piensa eso? No, porq' no con aus porq' las casas son diferentes
- 15.* ¿Cómo es el clima en este dibujo? (época del año, momento del día, cielo, temperatura) _____
16. ¿Qué tipo de clima le gusta? Templado
17. ¿A quien le recuerda esa casa? A la casa que tenemos ahora
- 18.* ¿Qué es lo que mas necesita la casa? ¿Por qué? _____
- 19.* Si esto fuera una persona en lugar de (cualquier objeto dibujado aparte de la casa) ¿Quién sería? _____
20. ¿Hacia donde lleva el humo la chimenea en esta casa? _____
- 21 dibuje y designe que cuarto esta representado por cada ventana, quien se encuentra allí generalmente.

Casa - Árbol - Persona
TECNICAS DE DIBUJO PROYECTIVO

H - T - P

Folleto para la interpretación

NOMBRE: Freddy Aguilar FECHA: 19/04/06
SEXO: Masculino EDAD: 30 años ESCOLARIDAD:
FUENTE DE REFERENCIA: Directa
PREGUNTAS DE REFERENCIA:
ENTREVISTADOR: Verónica Freire Palacios Lápiz Color

OBSERVACIONES GENERALES: **1**

CASA: Tiempo en que comenzó a dibujar (Latencia): Cinco segundos
Tiempo para completar el dibujo: Un minuto

ÁRBOL: Tiempo en que comenzó a dibujar (Latencia) Cinco segundos
Tiempo para completar el dibujo: Medio minuto

PERSONA: Tiempo en que comenzó a dibujar (Latencia): Ocho segundos
Tiempo para completar el dibujo: medio minuto

	Puntaje 2,1 ó 0	6. VOCABULARIO
1. Cama	2	
2. Barco	2	
3. Centavo	2	
4. Invierno	1	Un clima
5. Reparar	2	Componer
6. Desayuno	1	Una comida
7. Tejido	1	Hacer un vestido
8. Rebanada	1	Una parte de algo
9. Reunir	2	Agrupar alguna cosa
10. Ocultar	2	Esconder
11. Enorme	2	Algo muy grande
12. Apresurar	2	Algo rápido
13. Oración	0	-
14. Reglamentar	0	-
15. Comenzar	2	Inicio de alguna cosa
16. Cavilar	0	-
17. Caverna	2	Una cueva
18. Designar	2	Nombrar algo
19. Doméstico	0	-
20. Consumir	0	-
21. Terminar	2	Dar por acabado
22. Obstruir	2	Interferir
23. Remordimiento	0	Ira
24. Santuario	1	Algo religioso
25. Incomparable	0	-
26. Renuente	0	-
27. Calamidad	2	Pobreza
28. Fortaleza	2	Fuerte
29. Tranquilo	1	Relajado
30. Edificio	2	Construcción
31. Compasión	1	Tener cariño
32. Tangible	0	-
33. Perímetro	0	Una medida
34. Audaz	2	Atrevido
35. Ominoso	0	-
36. Diatriba	0	-
37. Gravar	0	-
38. Plagiar	0	Coartar
39. Emular	0	-
40. Parodia		

41

2. COMPRENSION		Puntaje
1. Usar ropa		2
2. Maquina del tren		2
3. Sobre	No haria nada	0
4. Masas companias	Perq' nos pueden hacer dano	2
5. Fuego	Saldría lo más pronto posible	0
6. Impuestos	Perq' es una ley.	2
7. No dejes para mañana	Tejemos q' preocuparnos por las cosas	2
8. Trabajo de menores	Perq' los menores no tiene la facultad.	0
9. Bosque	No se	0
10. Serenos	No se	0
11. Tierra	Para vivir es más fácil.	0
12. Registro Civil	Para haber control de la poblacion	2
13. Mucho ruido	No se	0
14. Escandrina	No se	0
		12

4. ANALOGIAS		Puntaje
1. Naranja - Banana	Color amarrillo	2
2. Saco - Vestido	-	0
3. Hacha - Serrucho	Cortar madera	2
4. Parro - Leon	Son animales	2
5. Norte - Oeste	Puntos cardinales	2
6. Ojo - Oido	son sentidos	2
7. Aire - Agua	Elementos quimicos	2
8. Mesa - Silla	son muebles	2
9. Huevo - Semilla	-	0
10. Poema - Estrofa	-	0
11. Madera - Alconol	En nada	0
12. Elogio - Castigo	En nada	0
13. Mosca - Arbol		0
		14

3. ARITMETICA			
	Or	tiempo	Puntaje
1. 15"	7		0 ①
2. 15"	2		0 ①
3. 15"	9	8"	0 ①
4. 15"	4	10"	0 ①
5. 30"	-	30"	0 ①
6. 30"	25	10"	0 ①
7. 30"	6	10"	0 ①
8. 30"	8	10"	0 ①
9. 30"	-	30"	0 ①
10. 30"	850	22"	0 ①
11. 60"	500	24"	0 ① 1-10
12. 60"	-	60"	0 ① 1-10
13. 60"			0 ① 2
14. 120"			0 ① 2
			7

5. DIGITOS		Puntaje
Hacia adelante	Marcar	
5-8-2		3
6-9-4		3
6-4-3-9		4
7-2-8-6		4
4-2-7-3-1		⑤
7-5-8-3-6		5
6-1-9-4-7-3		5
3-9-2-4-8-7		6
5-9-1-7-4-2-8		7
4-1-7-9-3-8-6		7
5-8-1-9-2-6-4-7		8
3-8-2-9-5-1-7-4		8
2-7-5-8-6-2-5-8-4		9
7-1-3-9-4-2-5-6-8		9
Hacia atrás	Marcar	
2-4		2
5-8		2
6-2-9		3
4-1-5		3
3-2-7-9		4
4-9-6-8		④
1-5-2-8-6		5
6-1-8-4-3		5
5-3-9-4-1-8		6
7-2-4-8-5-6		6
8-1-2-9-3-6-5		7
4-7-3-9-1-2-8		7
9-4-3-7-6-2-5-8		8
7-2-8-1-9-6-5-3		8
		9
		Ad. 5 + At. 4 = 9
		Mejores resultados

PROTOCOLO

WAIS

Nombre Freddy Aguilar Sexo M Edad 35 años
 Fecha de nac. 6/Nov/70 Estado Civil Soltero Nacionalidad Ecuatoriano
 Nivel de escolaridad Bachiller Ocupación Ninguna
 Fecha del test 24/04/06 Lugar de administración CREIAD Examinador Chérrez - Freire

TABLA DE PUNTAJES EQUIVALENTES*

Puntajes equivalentes	Puntajes brutos											Puntajes equivalentes			
	Información	Comprensión	Aritmética	Analogías	Dígitos	Vocabulario	Dígitos Símbolos	Completamiento de figuras	Diseño con cubos	Ordenamiento de láminas	Rompecabezas				
19	29	27-28		26	17	78-80	87-90								19
18	23	26		25		76-77	83-86	21		36	44				18
17	27	25	18	24		74-75	79-82		48	35	43				17
16	25	24	17	23	16	71-73	76-78	20	47	34	42				16
15	25	23	16	22	15	67-70	72-75		46	33	41				15
14	23-24	22	15	21	14	63-66	69-71	19	44-45	32	40				14
13	21-22	21	14	19-20		59-62	66-68	18	42-43	30-31	38-39				13
12	9-23	20	13	17-18	13	54-58	62-65	17	39-41	28-29	36-37				12
11	17-18	19	12	15-16	12	47-53	58-61	15-16	35-38	26-27	34-35				11
10	5-18	17-18	11	13-14	11	40-46	52-57	14	31-34	23-25	31-33				10
9	13-14	15-16	10	11-12	10	32-39	47-51	12-13	28-30	20-22	28-30				9
8	1-12	14	9	9-10		26-31	41-46	10-11	25-27	18-19	25-27				8
7	9-10	12-13	7-8	7-8	9	22-25	35-40	8-9	21-24	15-17	22-24				7
6	7-8	10-11	6	5-6	8	18-21	29-34	6-7	17-20	12-14	19-21				6
5	5-6	8-9	5	4		14-17	23-28	5	13-16	9-11	15-18				5
4	4	6-7	4	3	7	11-13	18-22	4	10-12	8	11-14				4
3	3	5	3	2		10	15-17	3	6-9	7	8-10				3
2	2	4	2	1	6	9	13-14	2	3-5	6	5-7				2
1	1	3	1		4-5	8	12	1	2	5	3-4				1
0	0	0-2	0	0	0-3	0-7	0-11	0	0-1	0-4	0-2				0

RESUMEN

SUBTEST	Puntaje bruto	Puntaje equivalente
Información	11	8
Comprensión	12	7
Aritmética	7	7
Analogías	14	10
Dígitos	9	7
Vocabulario	41	10
PUNTAJE VERBAL 49		
Dígitos-Símbolos	54	10
Completamiento de fig.	8	7
Diseño con cubos	32	10
Ordenamiento de lám.	12	6
Rompecabezas	35	11
PUNTAJE DE EJECUCIÓN 44		
PUNTAJE TOTAL 93		
PUNTAJE VERBAL 49 = 89		
PUNTAJE DE EJECUCIÓN 44 = 97		
PUNTAJE DE ESCALA COMP 93 = 92		

* Se puede obtener un "psicograma" con los datos de esta tabla uniendo con una línea los puntajes brutos del sujeto. La interpretación de cada punto en un psicograma, debe tener en cuenta la confiabilidad de los subtests y la menor confiabilidad de las diferencias entre los puntajes de los subtests.

1. INFORMACION		Puntaje 100	Puntaje 100	Puntaje 100
1. Bandera	J	11. Italia	O	21. Corán
2. Piedra	J	12. Ropa	J	22. Génesis
3. Meses	J	13. Semanas	O	23. París
4. Termómetro	J	14. Quijote	O	24. Levadura
5. Cuadro	J	15. Vaticano	O	25. Etnología
6. Pres d'entes	J	16. Temperatura	O	26. Vasos sanguíneos
7. Echeverría	J	17. San Martín	O	27. Fausto
8. Panamá	J	18. Egipto		28. Gobernadores
9. Canadá	J	19. Población		29. Abocritos
10. Estatura	J	20. Iliada		

Observaciones: 11



Editorial Paidós

D. Wechsler: Test de inteligencia para adultos
 Copyright 1947, © 1955 by The Psychological Corporation • Copyright © 1984 by Editorial Paidós
 Todos los derechos reservados • Impreso en Argentina - Printed in Argentina



The Psychological Corporation

11. 0 Las cosas no me irritan más que lo de costumbre.
 1 Las cosas me irritan un poco más que lo de costumbre.
 2 Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.
 3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.
12. 0 No he perdido el interés por otras personas.
 1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre.
 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.
 3 He perdido todo mi interés por otras personas.
13. 0 Tomo decisiones casi como siempre.
 1 Postergo la toma de decisiones más que de costumbre.
 2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 3 Ya no puedo tomar más decisiones.
14. 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a), sin atractivos.
 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).
 3 Creo que me veo feo(a).
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes.
 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.
 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 3 No puedo trabajar en absoluto.
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre.
 1 No duermo tan bien como solía hacerlo.
 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.
 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme.
17. 0 No me canso más que de costumbre.
 1 Me canso más fácilmente que de costumbre.
 2 Me canso sin hacer casi nada.
 3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo.
18. 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.
 1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 2 Mi apetito está mucho peor que ahora.
 3 Ya no tengo apetito.
19. 0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, ultimamente.
 1 He rebajado más de dos kilos y medio.
 2 He rebajado más de cinco kilos.
 3 He rebajado más de siete kilos y medio.
20. 0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.
 2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
 3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. 0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.
 2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.
 3 He perdido por completo el interés por el sexo.

PUNTUACION TOTAL 38

NIVEL DE DEPRESION Depresión Grave

EXAMINADOR Lorena Chérrez Ch.

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE Freddy Aguilar EDAD 30 FECHA 19/04/06

En este inventario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído bien todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1. 0 No me siento triste.
 1 Me siento triste.
 ② Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.
 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2. ① No me siento especialmente desanimado(a) ante el futuro.
 1 Me siento desanimado(a) respecto al futuro.
 2 Siento que no tengo nada que esperar.
 3 Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3. 0 No creo que sea un fracasado(a).
 1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 ② Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 3 Creo que soy un fracasado absoluto como persona.
4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.
 2 Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada.
 ③ Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.
5. 0 No me siento especialmente culpable.
 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
 2 Me siento bastante culpable casi siempre.
 ③ Me siento culpable siempre.
6. 0 No creo que esté siendo castigado(a).
 1 Creo que puedo ser castigado(a).
 2 Espero ser castigado(a).
 ③ Creo que estoy siendo castigado(a).
7. 0 No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a).
 1 Me he decepcionado a mí mismo(a).
 ② Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a).
 3 Me odio.
8. 0 No creo ser peor que los demás.
 1 Me critico por mis debilidades y errores.
 2 Me culpo siempre por mis errores.
 ③ Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9. 0 No pienso matarme.
 ① Pienso en matarme, pero no lo haría.
 2 Me gustaría matarme.
 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. 0 No lloro más que de costumbre.
 1 Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.
 2 Ahora lloro todo el tiempo.
 ③ Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Definición operativa de los ítems	Puntos				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> - General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Rebeca Cedillo
(Hermana)

Total: 38 puntos
Ansiedad Moderada/Grave

25/02/06

7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Definición operativa de los ítems	Puntos				
	0	1	2	3	4
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> - General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Walter Tiane (55 años)
Heripone

Total: 36 puntos
Ansiedad moderada/grave

07/02/06

7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Definición operativa de los ítems	Puntos				
	0	1	2	3	4
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Clara Ferrer
(Hamilton)

Total: 31 puntos

Ansiedad moderada / severa

09/04/06

7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Definición operativa de los ítems	Puntos				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	(2)	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	(3)	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	(2)	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	(1)	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	(2)	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	(2)	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	(3)	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	(3)	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	(1)	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	(3)	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	(2)	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	(1)	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> - General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales	0	(1)	2	3	4

Renata Carillo
(Herrera)

Teléfono: 27 pú...
Asociación Madrileña / Madrid

29/01/00

7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Definición operativa de los ítems	Puntos				
	0	1	2	3	4
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> - General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Diana Aguilera
Revisada

Tel: 52 91 23 10 10
Asociación Mexicana de Psicología

23/10/16

7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Definición operativa de los ítems	Puntos				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Henry Hamilton
(Hamilton)

Total 18 puntos

Anxiety Rating Scale

Grand total

FAMILIA

Prosa 9 Junho 2001 Julio 1 Junho 1996



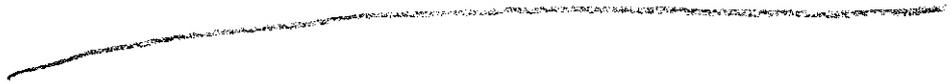
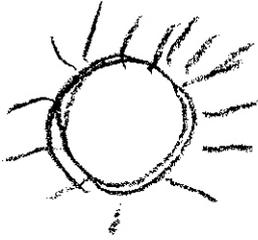
oblo ingles.

seguido.

Maria Freire

20/1/00

PERSONA



Maria Fierre 19/04/06



CASA

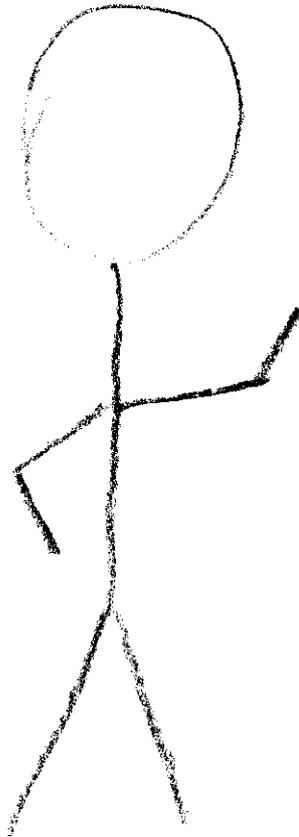
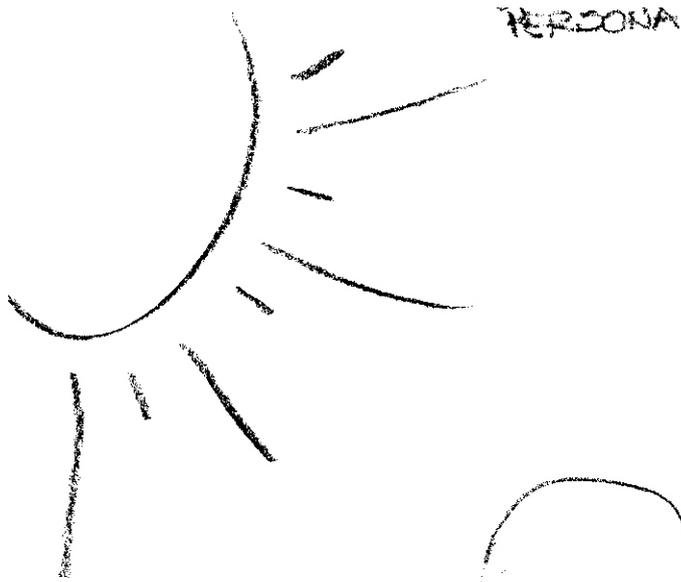


Freddy Aguilar 19/04/06



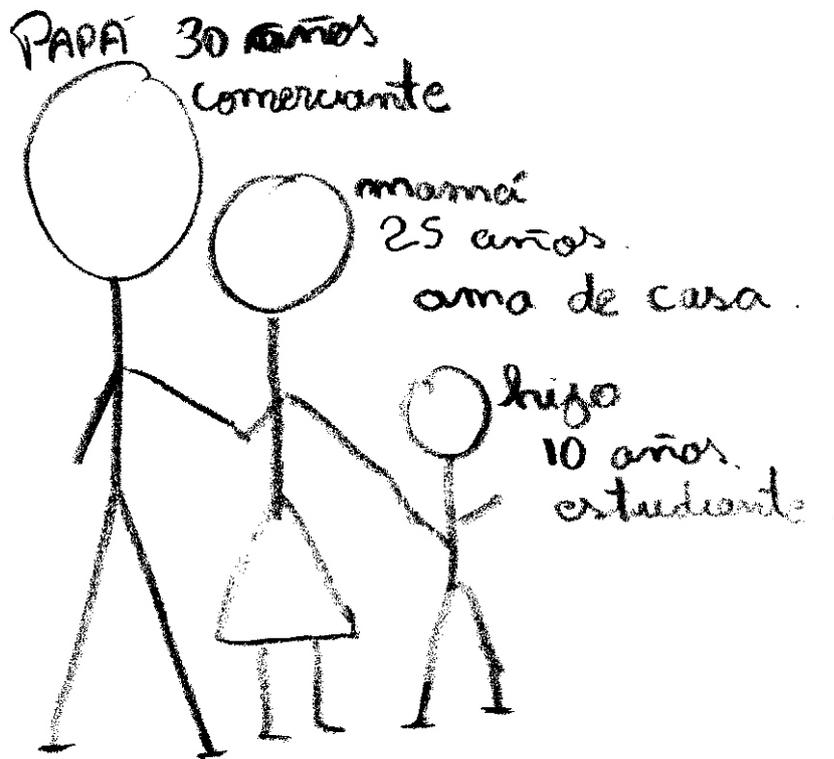
ARBOLE

Freddy Aguilar 19/04/06



Freddy Aguilar 19/06/04

FAMILIA



Freddy Aguilar 19/04/06

7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Definición operativa de los ítems	Puntos				
	0	1	2	3	4
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormiguelo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borboríngos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Total: 47 puntos
Ansiedad Moderada/Grave

Freddy Aguilar 19/04/06

4.1. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)

1. Delirios	①	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización conceptual	1	2	3	4	5	6	⑦
3. Alucinaciones	①	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	⑤	6	7
5. Grandiosidad	1	②	3	4	5	6	7
6. Susplicacia/perjuicio	1	2	3	④	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	⑦
<i>Escala positiva (PANSS-P)</i>	<i>Puntuación directa:</i> 27		<i>Percentil:</i> 50				
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	⑥	7
2. Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	⑦
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	⑦
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	⑦
5. Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	⑦
6. Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	⑥	7
7. Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	⑦
<i>Escala negativa (PANSS-N)</i>	<i>Puntuación directa:</i> 47		<i>Percentil:</i> 95				
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Escala compuesta (PANSS-C)</i>	<i>Puntuación directa:</i> -20		<i>Percentil:</i> 5				
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	⑥	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	⑦
3. Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	⑦
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	⑥	7
5. Manierismos/posturas	1	2	3	4	5	6	⑦
6. Depresión	1	2	③	4	5	6	7
7. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	⑥	7
8. Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	⑦
9. Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	⑦
10. Desorientación	1	2	3	4	5	⑥	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	⑦
12. Ausencia de <i>insight</i>	1	2	3	4	⑤	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	⑤	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	⑦
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	⑦
16. Evitación social activa	1	2	3	④	5	6	7
<i>Psicopatología general (PANSS-PG)</i>	<i>Puntuación directa:</i> 97		<i>Percentil:</i> 95				
	1	2	3	4	5	6	7

Menos Restrictiva
→ Prevalcen síntomas negativos

Más Restrictiva.
→ Esquizofrenia Mixta (cuando en las 2 escalas hay más de 2 ítems que obtienen puntuaciones sup a

Freddy Aguilar 19/04/06

EPQ - A

	PD	PC	GN
N	14	65	
E	11	40	
P	14	99	
S	14	75	

Apellidos y nombre Aguilar Freddy Edad 35 Sexo M
 Centro CREIAD Curso N.º
 Observaciones Fecha 19/01/06

Instrucciones

Las preguntas siguientes se refieren a diferentes modos de pensar y sentir. Después de cada una están las palabras Sí y No.

Lea cada pregunta y conteste poniendo una cruz o aspa sobre la palabra Sí o la palabra No, según sea su modo de pensar o sentir. No hay respuestas buenas o malas; todas sirven. Tampoco hay preguntas de truco.

Mire cómo se han contestado los siguientes ejemplos:

	Respuesta
A) ¿Le gustaría ir de vacaciones al Polo Norte?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
B) ¿Se para a pensar las cosas antes de hacerlas?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Quien ha señalado las respuestas ha contestado que No le gustaría ir de vacaciones al Polo Norte y que Sí, es verdad, se para a pensar las cosas antes de hacerlas.

No piense demasiado las cuestiones, ni emplee mucho tiempo en decidirse. Las frases son muy cortas para darle todos los detalles que Vd. quisiera. Procure no dejar cuestiones sin contestar; tal vez algunas le parezcan muy personales; no se preocupe y recuerde que este Ejemplar se guarda como documento confidencial y no puede ser valorado sin una plantilla especial; por otra parte, al obtener los resultados no se consideran las respuestas una a una, sino globalmente.

ESPERE, NO PASE A LA PAGINA SIGUIENTE HASTA QUE SE LE INDIQUE



Autores: H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck. Versión española: V. Escolar, A. Lobo y A. Seva-Díaz (Zaragoza).
 Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S. A. - Traducido y adaptado con permiso de Hodder & Stoughton, Kent, England. Copyright © 1975 by H. J. Eysenck & S. B. G. Eysenck - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial - Edita: TEA Ediciones, S. A. - Fray Bernardino de Sahagún, 24. Madrid-16 - Imprime: Aguirre Campano; Daganzo. 15 dpdo., Madrid-2 - Depósito legal: M. - 28.828 - 1982.

1. ¿Tiene Vd. muchos «hobbys», muchas aficiones? ... Sí No
2. ¿Le preocuparía tener deudas? ... Sí No
3. ¿Tiene a menudo altibajos su estado de ánimo? ... Sí No
4. ¿Ha sido alguna vez acaparador, cogiendo más de lo que le correspondía? ... Sí No
5. ¿Es Vd. una persona conversadora? ... Sí No
6. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal? ... Sí No
7. ¿Se siente alguna vez desgraciado sin ninguna razón? ... Sí No
8. ¿Es Vd. de los que cierra las puertas de su casa cuidadosamente todas las noches? ... Sí No
9. ¿Tomaría Vd. drogas o medicamentos que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos? ... Sí No
10. ¿Se preocupa Vd. a menudo por cosas que no debería haber hecho o dicho? ... Sí No
11. ¿Ha quitado Vd. algo que no le pertenecía, aunque no fuese más que un alfiler o un botón? ... Sí No
12. ¿Es Vd. una persona animada, alegre? ... Sí No
13. ¿Le gusta conocer a gente nueva, hacer amistades? ... Sí No
14. ¿Es Vd. una persona irritable? ... Sí No
15. Cuando promete hacer algo, ¿cumple su promesa a pesar de los muchos inconvenientes que se puedan presentar? ... Sí No
16. Normalmente, ¿puede relajarse y disfrutar en una reunión social animada? ... Sí No
17. ¿Se hieren sus sentimientos con facilidad? ... Sí No
18. ¿Ha roto o perdido Vd. algo que pertenecía a otra persona? ... Sí No
19. ¿Tiende Vd. a mantenerse en segundo plano en las reuniones sociales? ... Sí No
20. ¿Disfruta Vd. hiriendo o mortificando a personas que ama o quiere? ... Sí No
21. ¿Se siente a menudo harto, «hasta la coronilla»? ... Sí No
22. ¿Habla a veces de cosas de las Vd. no sabe nada? ... Sí No
23. ¿Le gusta mucho salir? ... Sí No
24. ¿Está Vd. siempre dispuesto a admitir un error cuando lo ha cometido? ... Sí No
25. ¿Le asaltan a menudo sentimientos de culpa? ... Sí No
26. ¿Piensa Vd. que el matrimonio está pasado de moda y debería suprimirse? ... Sí No
27. ¿Tiene Vd. enemigos que quieren hacerle daño? ... Sí No
28. ¿Se considera Vd. una persona nerviosa? ... Sí No
29. ¿Cree que los sistemas de seguros son una buena idea? ... Sí No
30. ¿Prefiere Vd. leer a conocer gente? ... Sí No
31. ¿Disfruta gastando bromas que a veces pueden herir o molestar a otras personas? ... Sí No
32. ¿Se considera Vd. una persona despreocupada, feliz? ... Sí No
33. ¿Ha dicho Vd. alguna vez algo malo o malintencionado acerca de alguien? ... Sí No

NO SE DETENGA, PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

N	E	P	S
4	4	5	5

	Respuesta	
34. ¿Tiene Vd. muchos amigos?	Sí	No
35. ¿Se interesa por el porvenir de su familia?	Sí	No
36. ¿Es Vd. una persona preocupadiza?	Sí	No
37. Cuando era niño, ¿fue alguna vez descarado con sus padres?	Sí	No
38. ¿Toma Vd. generalmente la iniciativa para hacer nuevos amigos?	Sí	No
39. ¿Sufre Vd. de insomnio?	Sí	No
40. ¿Se preocupa Vd. acerca de cosas terribles que puedan suceder?	Sí	No
41. ¿Son buenas y convenientes todas sus costumbres?	Sí	No
42. ¿Es Vd. de los que a veces fanfarronean un poco?	Sí	No
43. ¿Le gusta alternar con sus amistades?	Sí	No
44. ¿Se considera Vd. tenso, irritable, «de poco aguante»?	Sí	No
45. ¿Ha hecho alguna vez trampas en el juego?	Sí	No
46. Si se encuentra un niño perdido entre una muchedumbre de gente, ¿se compadecería de él?	Sí	No
47. ¿Se preocupa Vd. acerca de su salud?	Sí	No
48. ¿Se ha aprovechado Vd. alguna vez de otra persona?	Sí	No
49. ¿Permanece Vd. generalmente callado cuando está con otras personas?	Sí	No
50. ¿Le molesta la gente que conduce con cuidado?	Sí	No
51. ¿Duda mucho antes de tomar cualquier decisión, por pequeña que sea?	Sí	No
52. Cuando era niño, ¿hacía lo que le mandaban inmediatamente y sin protestar?	Sí	No
53. ¿Le resulta fácil animar una reunión social que está resultando aburrida?	Sí	No
54. ¿Para Vd. tienen la mayoría de las cosas el mismo sabor?	Sí	No
55. ¿Se ha sentido a menudo desanimado, cansado, sin ninguna razón?	Sí	No
56. ¿Piensa que la gente pasa demasiado tiempo preocupándose por su futuro con ahorros y seguros?	Sí	No
57. ¿Le gusta contar chistes y anécdotas a sus amigos?	Sí	No
58. ¿Le gusta llegar a tiempo a sus citas?	Sí	No
59. ¿Siente Vd. a menudo que la vida es muy aburrida?	Sí	No
60. ¿Dejaría Vd. de pagar sus impuestos si estuviera seguro de que nunca lo descubrirían?	Sí	No
61. ¿Le gusta mezclarse con la gente?	Sí	No
62. ¿Hay personas que evitan encontrarse con Vd?	Sí	No
63. ¿Le preocupa mucho su apariencia externa?	Sí	No
64. ¿Le importan mucho los buenos modales y la limpieza?	Sí	No
65. ¿Es o fue su madre una buena mujer?	Sí	No
66. ¿Ha deseado alguna vez morir?	Sí	No

NO SE DETENGA, PASE A LA PAGINA SIGUIENTE

N	E	P	S
5	3	4	5

	Respuesta	
67. ¿Ha insistido alguna vez en salirse con la suya?	Si	No
68. ¿Tiene Vd. casi siempre una respuesta rápida, a mano, cuando la gente le habla?	Si	No
69. ¿Trata Vd. de no ser grosero, mal educado, con la gente?	Si	No
70. ¿Se queda preocupado demasiado tiempo después de una experiencia embarazosa, molesta?	Si	No
71. ¿Ha llegado Vd. alguna vez tarde a una cita o al trabajo?	Si	No
72. ¿Le gusta hacer cosas en las que tenga que actuar con rapidez?	Si	No
73. Cuando Vd. tiene que coger el tren, ¿llega a menudo en el último momento?	Si	No
74. ¿Sufre Vd. de los «nervios»?	Si	No
75. ¿Se lava siempre las manos antes de las comidas?	Si	No
76. ¿Comienza a menudo actividades que le ocupan más tiempo del que realmente dispone?	Si	No
77. ¿Se rompe fácilmente su amistad con otras personas sin que Vd. tenga la culpa?	Si	No
78. ¿Se siente a menudo solo?	Si	No
79. ¿Deja Vd. a veces para mañana lo que puede hacer hoy?	Si	No
80. ¿Es Vd. capaz de animar, de poner en marcha una reunión social?	Si	No
81. ¿Le daría pena ver a un animal cogido en una trampa?	Si	No
82. ¿Se siente fácilmente herido cuando la gente le encuentra fallos a Vd. o a su trabajo?	Si	No
83. ¿Piensa que tener un seguro de enfermedad es una tontería?	Si	No
84. ¿Le gusta hacer rabiar algunas veces a los animales?	Si	No
85. ¿Se encuentra Vd. algunas veces rebosante de energía y otras veces lento y apagado?	Si	No
86. ¿Practica Vd. siempre lo que predica?	Si	No
87. ¿Le gusta que haya mucha animación, bullicio, a su alrededor?	Si	No
88. ¿Le gustaría que otras personas le tuvieran miedo?	Si	No
89. ¿Es Vd. susceptible o se le molesta fácilmente con ciertas cosas?	Si	No
90. ¿Respetaría siempre su lugar en una cola, a pesar de todo?	Si	No
91. ¿Piensan otras personas que Vd. es muy enérgico y animado?	Si	No
92. ¿Prefiere normalmente salir solo?	Si	No
93. ¿Le hace perder el apetito cualquier contrariedad, por pequeña que ésta sea?	Si	No
94. ¿Considera que podría portarse mejor con algunos de sus amigos?	Si	No

COMPRUEBE LA COLUMNA DE RESPUESTAS PARA VER SI HA DEJADO ALGUNA CUESTION SIN CONTESTAR

N	E	P	S
5	4	5	4

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

(Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F.; Emery, G.)

El “Inventario de depresión”, de Beck, fue desarrollado, en un primer momento, como un instrumento de 21 ítems que evaluaba la intensidad de la depresión. A continuación los autores desarrollaron una versión paralela, transformando cada ítem en cuatro o seis frases que van en orden creciente de intensidad.

El contenido de los ítems refleja claramente la importancia concedida por los autores al componente cognitivo de la depresión.

Se le pide al sujeto que en cada uno de los 21 ítems marque con una señal (encierre en un círculo) el número que se encuentra a la izquierda de la frase que mejor refleje su situación durante la última semana, incluyendo el día de hoy.

La escala de puntos va de 0 a 63. La puntuación total se obtiene sumando los valores correspondientes a cada una de las frases marcadas por el sujeto, en los 21 ítems.

Los puntos de corte establecidos para graduar el síndrome depresivo son los siguientes:

NORMAL.....	0 a 9
DEPRESION LEVE.....	10 a 18
DEPRESION MODERADA...	19 a 29
<u>DEPRESION GRAVE.....</u>	<u>30 a 40</u>
DEPRESION EXTREMA.....	41 a 63