

**UNIVERSIDAD
INSURGENTES**

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25

**“FRECUENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN
DOS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

C. PEDRO RUBÉN NEYRA QUIROZ

ASESORA: LIC. CLAUDIA MÓNICA RAMÍREZ HERNÁNDEZ

MEXICO D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos.

Gracias a mi mamá por apoyarme en los estudios universitarios, a mi papá, hermanos y familiares más cercanos con quienes he convivido en eventos importantes. Especialmente agradezco a mis abuelitos Q.E.P.D.

Agradezco a mi asesora Claudia Ramírez Hernández y a las maestras Yolanda Santiago Huerta y Ana María Serna por haberme orientado en la realización de mi tesis, con su ayuda pude aclarar muchas dudas para la mejora de este trabajo.

Gracias al Dr. Rafael Vázquez Maldonado porque sus enseñanzas a nivel práctico me orientaron definitivamente hacia el ejercicio clínico, sobre todo en el área de psicopatología.

Contenido

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN.	4
CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA CLÍNICA.	9
1.1 DEFINICIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	9
1.2 NOCIÓN GENERAL DE LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS.	10
1.3 INICIO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.	11
1.4 LA PSICOLOGÍA CLÍNICA DESPUÉS DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL.	15
1.5 LA PSICOPATOLOGÍA Y LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	17
1.6 ASPECTOS IMPORTANTES EN EL DESARROLLO DE LA PERSONA.	22
1.6.1 EDAD ESCOLAR.....	23
1.6.2 ADOLESCENCIA	24
1.6.3 EDAD ADULTA.....	25
1.6.4 VEJEZ.....	27
1.7 APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.	28
CAPÍTULO 2. TRASTORNOS MENTALES.	31
2.1.1 TRASTORNO DE PERSONALIDAD.	31
2.1.2 CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD.....	32
2.1.3 FACTORES ASOCIADOS A LA CAUSA DE UN TRASTORNO.	33
2.1.4 DIFICULTADES ASOCIADAS A LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.....	35
2.2 TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.	36
2.2.1 DESCRIPCIÓN GENERAL	36
2.2.2 DIFICULTADES RELACIONADAS AL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	37
2.2.3 LISTA DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO LÍMITE.....	38
2.3 TRASTORNO DE PERSONALIDAD DEPENDIENTE.	40
2.3.1 DESCRIPCIÓN GENERAL	40
2.3.2 DIFICULTADES RELACIONADAS AL TRASTORNO DE PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA.	41
2.3.3 LISTA DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO POR DEPENDENCIA.	41
2.4 TRASTORNOS DE LA INFANCIA A LA ADOLESCENCIA.	42
2.4.1 TRASTORNO DISOCIAL.	45
2.4.2 DESCRIPCIÓN GENERAL	45
2.4.3 DIFICULTADES RELACIONADAS AL TRASTORNO DISOCIAL.	46
2.5.1 DISTIMIA.	50
2.5.2 DESCRIPCIÓN GENERAL	50
2.5.4 LISTA DE CRITERIOS PARA EL TRASTORNO DISTÍMICO.	52
2.6 PSICOSIS	53
2.7 OTROS TRASTORNOS MENTALES.	55

CAPÍTULO 3. INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA.....	56
3.1 FUNCIÓN BÁSICA DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS.....	56
3.2 BREVE HISTORIA DEL DIF.....	57
3.2.1 CENTRO FAMILIAR 17 DIF “JOSÉ MARÍA DÍAZ ORDAZ”.....	59
3.3 BREVE HISTORIA DEL CS “DR. GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ” .	62
3.3.1 DESCRIPCIÓN GENERAL ACTUAL DEL CS ROVIROSA.	66
3.3.2 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS EN MÉXICO.....	67
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA.	70
4.1 JUSTIFICACIÓN.	70
4.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	70
4.3. OBJETIVOS.	71
4.4. HIPÓTESIS.	71
4.5. VARIABLES Y DEFINICIONES.	71
4.5.1 VARIABLES	71
4.5.2 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES.	71
4.5.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	72
4.6. MUESTRA.....	73
4.7. MUESTREO.....	73
4.8. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	73
4.9. TIPO DE ESTUDIO.	73
4.10. INSTRUMENTO.....	74
4.11. MATERIAL.	74
4.12. ESCENARIO.....	74
4.13. PROCEDIMIENTO.....	75
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	77
CAPITULO 6. DISCUSIÓN.....	88
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES, REFLEXIONES Y SUGERENCIAS.....	94
BIBLIOGRAFÍA	98

Resumen

Se realizó una investigación en dos instituciones de salud pública para identificar la frecuencia de impresiones diagnósticas en trastornos mentales. Ambas de la delegación Coyoacán en la colonia Pedregal de Santa Úrsula Coapa.

En el Centro familiar 17 del DIF se brindó atención psicológica a 44 personas en un periodo de tiempo comprendido del 12 de Abril de 2010 al 12 de Octubre de 2010. Al término de este tiempo, se identificó una muestra de 14 sujetos, cuyas impresiones diagnósticas de mayor frecuencia fueron distimia, trastorno disocial y tarstorno dependiente de la personalidad.

En el Centro de Salud “Gustavo A. Rovirosa Pérez” se brindó atención psicológica a 31 personas en un periodo de tiempo comprendido del 16 de Diciembre de 2010 al 7 de Abril de 2011. Al término de este tiempo, se identificó una muestra de 15 sujetos, cuyas impresiones diagnósticas de mayor frecuencia fueron el trastorno disocial, trastorno límite de la personalidad, trastorno de la distimia y trastorno de personalidad dependiente.

Lo anterior se obtuvo por medio de un modelo de entrevista semidirigida y con base en el manual DSM-IV-TR para obtener las impresiones diagnósticas.

Ambas muestras obtenidas se midieron para precisar alguna diferencia significativa. A razón del número de sujetos que asistieron a una y otra institución y que pudiera inferirse que acudieron a la institución por azar o por la institución en sí

Esto permitió establecer que ambas muestras independientes que provienen de la misma población no resultaron ser diferentes significativamente, por lo que las características, en términos generales, del DIF y el CS no influyeron en que los pacientes asistieran para consulta psicológica ya que lo primordial es la demanda de este servicio.

Introducción.

La salud mental es un área tan relevante como la salud física. Las diferentes capacidades mentales con las que cuenta el ser humano se integran para denominar al individuo: homo sapiens, homo faber y homo ludens. Esto conlleva a que un estado de salud mental adecuado se vea reflejado en la adquisición de conocimientos, en la aplicación de técnicas y en las expresiones recreativas.

Al contrario, los estados mórbidos, principalmente los de origen psicógeno deben ser valorados y en la medida de lo posible prevenidos a tiempo. Existen familias que sin saberlo, los miembros en su totalidad se encuentran enfermos mentalmente o alguno de sus parientes puede estar cursando con una psicosis que data, incluso de años.

Jóvenes estudiantes que más allá de la rebeldía propia de la adolescencia han truncado sus estudios, se han embarazado o han intentado suicidarse son evidencia clara que los trastornos de personalidad, las depresiones en algún nivel, los cuadros psicóticos son más comunes de lo que se cree. Es factible suponer que la insania mental reflejada a nivel social se manifiesta en actos de corrupción, delincuencia, violaciones, racismo, bullying, etc.

En psicología aplicada su principal precursor en E.U. fue Lightner Witmer, quien en 1896 propuso ante la APA a la psicología clínica como área de estudio. La aceptación de esta nueva área en específico fue creciendo paulatinamente en diversos estados de la Unión Americana hasta que fue incluida en los programas de estudio universitario.

Desde entonces Witmer reconocía la importancia de integrar factores biológicos y sociales con el fin de mejorar las alteraciones conductuales que niños presentaban sobre todo dentro del ámbito escolar. Integró un equipo de trabajo multidisciplinario compuesto de doctores, psicólogos y trabajadoras sociales.

También cabe mencionar sobre el rumbo que la psicología toma después de la segunda guerra mundial, en que el área experimental mejora sus métodos de investigación y evaluación, y el área aplicada se refiere a los avances en capacitación y práctica necesarios para la comprensión de cada caso en particular.

La relación entre la psicología clínica y la psicopatología (el estudio de la conducta anormal) fue haciéndose evidente. La psicopatología, principalmente de dominio europeo en el siglo XIX, se interesó en un inicio, más por la descripción de los trastornos mentales. Las escuelas que destacaron: Alemania, Francia e Inglaterra tendieron a fundamentar la insania mental en el cerebro.

No obstante lo anterior, el psicoanálisis de Freud, Jung y muchos otros teóricos de formación psiquiátrica proveen a la psicología clínica de fundamentos de carácter comprensivo o interpretativo más allá de una clasificación, descripción y cuantificación; aunque esto último es importante, también lo es tener nociones sobre los síntomas de

una persona en función a sus deseos, sus imperativos y todo acto fallido que le es inconsciente.

Actualmente, el psicólogo debe integrar aspectos existenciales, para comprender de mejor manera lo que sucede con su paciente; sin embargo, también es necesario que los elementos estadísticos le guíen a manera de detectar las variaciones que pueden presentar un determinado conjunto de personas y así tener una mayor incidencia sobre los problemas mentales que no dejarán de manifestarse en la vida de todo ser humano.

Esta investigación contiene los siguientes apartados:

El capítulo 1 trata sobre los inicios de la psicología clínica como una disciplina aplicada. Sus avances y su relación con el área de psicopatología. La forma en que su precursor en EU, Witmer, se da cuenta que es necesaria la integración de factores ambientales en la valoración de un paciente, de aquí que también integra un equipo de trabajo como médicos y trabajadoras sociales.

Posterior a la segunda guerra mundial hay una relación entre la psicología experimental y la psicología clínica porque la primera provee de teoría, mientras que la otra lleva los aspectos teóricos a la práctica con sus pacientes, por ejemplo la utilidad que tiene la terapia cognitivo conductual.

En la medida que la práctica de la psicología clínica se va extendiendo, la participación de los psicólogos es cada vez más necesaria en el área de psicopatología porque las descripciones y explicaciones sobre los trastornos mentales no son suficientes para la ayuda que un enfermo mental requiere, de tal forma que la comprensión sobre el ser y sus circunstancias particulares y personales tienen que ser profundizadas.

Por ello mismo, las etapas de desarrollo de una persona son una base para que el clínico en su práctica tenga una idea general de qué podría estar ocurriendo con un paciente según su edad, su género, su sistema de creencias, etc. y esto porque una patología mental puede darse en cualquier etapa del desarrollo.

Son bastas las posibles patologías que una persona puede tener, incluso, no es nada sencillo determinar con plena certeza si una persona es anormal o no, por ejemplo, un trastorno de personalidad crece o decrece según el mismo sujeto y sus circunstancias, incluso hay trastornos que se pueden identificar rápido pero otros no, porque requieren de más minuciosidad.

El capítulo 2. Trastornos mentales, en este apartado se mencionan los padecimientos que el manual DSM-IV ha registrado hasta el momento y se hayan subdivididos por categorías de las cuales se pueden nombrar. Algunas de estas son los trastornos de la personalidad. Hay diez de ellos y los criterios diagnósticos se presentan en orden

importancia decreciente. En términos generales, en un trastorno de personalidad debe haber al menos dos áreas afectadas en la persona: el área cognitiva, el afecto, las relaciones interpersonales y el control de los impulsos, mismos que se manifiestan de manera constante en las diversas situaciones que una persona experimenta.

También se menciona los trastornos del estado de ánimo en donde la depresión y sus niveles de expresión pueden ir desde una forma crónica, pero estable como es la distimia hasta una depresión severa que contiene ideación suicida o intentos de suicidio. En los padecimientos relacionados con el estado de ánimo hay que mencionar además el trastorno bipolar que puede ser del tipo I o del tipo II. En ambos casos hay episodio depresivo mayor, la diferencia radica en que el primero hay un episodio maniaco o mixto, mientras que en el segundo hay, al menos, una fase hipomaniaca.

Los trastornos de inicio en la infancia y adolescencia abarcan un amplio rango de ellos. El retraso mental, por ejemplo, en el que se debe determinar mediante estudios pormenorizados el grado de severidad para poder determinar si la persona dependerá permanentemente de un cuidador o bien si será capaz de realizar algún trabajo que le permita valerse por sí mismo. Dentro de esta amplia variedad de padecimientos se encuentra el trastorno disocial. Esta conducta perturbadora se relaciona principalmente con no seguir las normas o no tener una disciplina que promueva el desarrollo de la persona, este trastorno ha sido objeto de dudas si se debe hablar de una psicopatía como tal o solo de una conducta desordenada. Este aspecto se aborda en el capítulo seis de la discusión.

Otra de los muchos trastornos que registra el DSM-IV es la psicosis en sus formas distintas. Se aclara la importancia de determinar si una escisión de la realidad es por una causa orgánica como una enfermedad o un daño a nivel cerebral o por una causa psicógena, es decir, de origen psicológico. Se menciona la esquizofrenia como el padecimiento mental más severo. Entre otras características, en la esquizofrenia se habla de síntomas positivos que se refieren a tener alucinaciones e ideas delirantes, o bien síntomas negativos que se refieren a mostrar una aplanamiento afectivo, esto es, que la persona no da muestra de expresiones afectivas de alegría o tristeza, la fluidez y la productividad del lenguaje se presenta afectado.

Durante este capítulo podrá apreciarse la gran variedad de patologías que ponen de relieve la importancia del psicólogo en el estudio de los trastornos mentales y sus criterios de diagnóstico.

Capítulo 3. Instituciones públicas, aquí se aborda en términos generales el papel que juegan las instituciones a manera de dar una estructura a toda una sociedad, esto porque hay necesidades humanas que no siempre son dadas por parte de la familia, entonces es bien importante que estas estructuras de la sociedad sirvan para cubrir las diferentes demandas de las personas.

Los servicios de salud pública, por ejemplo, brindan asistencia a la población que lo requiera y una característica esencial que estas instituciones como otras en otros rubros es que se planten objetivos y procedimientos por medio de los cuales satisfagan los requerimientos de la gente.

En materia de servicios de salud pública, principalmente hay dos tipos, el de servicio colectivo que va dirigido a grupos de personas que a un mismo tiempo serán atendidas en cuanto reciban algún beneficio o apoyo que puede ser económico, alimentario, recreativo, etc; y por otra parte también hay una forma de brindar atención a la gente individualmente, esto se puede ver en programas rehabilitatorios y curativos.

En el capítulo 4 Método, se retoman aspectos del marco teórico que justifican la investigación para poder establecer lo que es el planteamiento a manera de pregunta, ya que sirve como guía en el proceso de la búsqueda de la respuesta, también está el objetivo, es decir, lo que se quiere conocer, para ello se enuncia de manera específica cómo se llegará al conocimiento.

Capítulo 5. Análisis de Resultados.

Se presenta una serie de tablas comparativas de dos muestras independientes con diferente tamaño de una misma población con relación a la frecuencia del trastorno dependiente de la personalidad, disocial y distimia en dos instituciones de salud pública. Mediante la prueba U de Mann-Whitney se comprueba si existe diferencia o igualdad entre las dos muestras, incluyendo el trastorno límite de la personalidad.

Capítulo 6. Discusión.

Se establece una comparación y relación de los resultados obtenidos con aspectos teóricos y numéricos que especialistas y estudiosos en los temas sobre las instituciones de salud pública, del desarrollo humano, la psicopatología, la psicología clínica han documentado con anterioridad y que refuerzan datos encontrados en esta investigación, por ejemplo, que la distimia ofrece resistencia al tratamiento medicamentoso y terapéutico (Akiskal y Keller citados por McCullough, 2003), que el trastorno de personalidad dependiente no parece ni física, ni mentalmente deficiente (Beck et al. 2005), que el 75% del trastorno límite de la personalidad son mujeres (DSM.IV-TR, 2002), misma cifra en la frecuencia identificada en el CS Rovirosa, etc.

Capítulo 7. Conclusiones, reflexiones y sugerencias.

En este capítulo se destacan los aspectos más específicos que la investigación ha tenido. También se afirma que la hipótesis nula se conserva debido a que la probabilidad de equivocarse al aceptar la hipótesis alterna es mayor, es decir, que el DIF y el CS Rovirosa no tuvieron un efecto significativo en una y en otra muestra.

A su vez, dentro del orden cualitativo, se reflexiona sobre conceptos derivados de las entrevistas, que pueden servir a manera de síntesis específica en la vida de una persona: tres eventos por los que cualquiera puede pasar: evento significativo, evento importante

y evento rutinario. Entendiendo que se hallan integrados en el presente de la persona. Estableciendo así, que una persona depende de diversos factores para su desarrollo individual consciente o inconscientemente.

Por último, se sugiere replicar las impresiones diagnósticas encontradas en esta investigación, más aún, llevar a cabo un estudio de prevalencia que permita precisar con mayor seguridad si las características de personalidad dependiente, límite, las características de depresión crónica y del comportamiento disocial son problemáticas propias de la colonia Pedregal de Santa Úrsula Coapa en la delegación Coyoacán.

Capítulo 1. Psicología clínica.

1.1 Definición de psicología clínica.

La psicología clínica se define como la rama de la psicología dedicada a la generación del conocimiento psicológico, y su aplicación, desde la ciencia psicológica, en la comprensión y el mejoramiento del funcionamiento y bienestar físico y mental de un individuo o de un grupo de individuos. (Compas y Gotlib, 2003).

“La psicología clínica pretende ser un campo, una disciplina, una ciencia y una profesión que cubra en rango y totalidad la conducta humana. El trabajo de los psicólogos clínicos cubre eventos desde las células del cerebro hasta las celdas”. (Cullari, 1998, p. 1).

Rama de la psicología referida a la aplicación práctica de los descubrimientos y la metodología de la investigación en los campos de la salud física y mental. Los psicólogos clínicos, cualquiera que sea su posición teórica de base, comparten una fuerte creencia en la comprensibilidad de la conducta humana. Están específicamente adiestrados en la aplicación de métodos objetivos de observación, datos normativos y teorías del cambio, al pensamiento, el sentir y acción humanos. Frente a una conducta disfuncional tratarán de explicarla en términos de procesos normales y de modificarla aplicando principios adquiridos en el estudio de la adaptación normal por aprendizaje y de la interacción social. (Harré y Lamb, 1990, pp. 254-255).

El psicólogo clínico es el profesional con el mayor entrenamiento y el más grande número de herramientas a su disposición (...); aunque todos los psicólogos clínicos comparten la meta común de propiciar un cambio para ayudar a otros, la manera exacta en que esto se lleva a cabo varía tremendamente de uno a otro profesional. (Richard y Huprich, 2009, prefacio).

Los psicólogos clínicos están empleados en la actualidad en una gran variedad de circunstancias ambientales, y se dedican a una gran diversidad de actividades. Estas actividades incluyen entrevistar y administrar pruebas a diversos tipos de clientes con fines de valoración y de diagnóstico; servicios de asesoría y psicoterapéutica para niños, adultos, estudiantes de bachillerato y familias; consultas de escuelas, industria, gobierno y de grupos comunitarios; enseñanza en bachillerato y universidades; administrar clínicas, hospitales y diversos programas gubernamentales, y participar en la investigación básica y aplicada relacionada con la personalidad, con la conducta anormal y con la evaluación de las técnicas clínicas. (Garfield, 1979, p. 1).

En términos generales, la psicología clínica o el quehacer del psicólogo clínico abarcan todas las áreas en que un ser humano busca un desarrollo determinado. Sin embargo, la definición que refleja de mejor manera lo realizado en esta investigación es la proporcionada por Harré y Lamb (1990) cuando afirman sobre la aplicación de métodos objetivos de observación, datos normativos y teorías del cambio en relación al ser humano; y que frente a la conducta disfuncional tratar de explicarla en términos de procesos normales.

1.2 Noción general de los problemas psicológicos.

Desde épocas pasadas, el ser humano ha manifestado sus estados de ánimo por medio de diferentes prácticas y manifestaciones culturales. Sus comportamientos registrados por la historia proveen de evidencia en cuanto a sus conductas y sus creencias; muchas de ellas dominadas por el miedo o por la ira: en el primer caso, los sacrificios humanos; en el segundo, las guerras con fines de expansión territorial.

Se ha visto en actuales documentales históricos que desde emperadores romanos hasta dictadores de recientes épocas, como el caso de Hitler o más reciente todavía, Muamar Gadafi padecían de cierto desorden mental, lo cual se vio reflejado en injusticias como torturas y asesinatos de terceros. Característico de este tipo de figuras en todos los casos es el efecto que produce el ansia de poder y peor aún, tenerlo.

Desafortunadamente la historia de México registra comportamientos patológicos que reflejan problemas de narcisismo y conducta disocial en personajes como Santa Anna, Porfirio Díaz, Victoriano Huerta y otros más que los hacían manifestarse de forma violenta entre ellos y represora en relación a los demás.

Resulta inevitable que por el mero estudio de la historia, personajes que han sido dañinos para la humanidad se los perciba bajo calificativos despectivos acorde a lo que practicaban; sin embargo, saber el proceso que llevó a personas y sociedades a actuar de manera que hoy día ya no es concebible, permite mucha comprensión psicológica sobre las emociones, pensamientos y comportamientos que, ciertamente no dejan de ser atroces, pero comprensibles y hasta lógicos para la psicología clínica.

Incluso antaño, las instituciones de salud puede decirse que respondían al ideal dentro de la estructura de una sociedad; opuesto a esto y muy distinto era que realmente se diera trato digno a los enfermos mentales. No existía la capacidad de separar el concepto de lo malo personificado en quienes robaban, violaban o asesinaban de quienes no observasen una conducta “normal” por su aspecto o por sus ideas. Un esquizofrénico o un esquizoafectivo podían haber sido vistos como algo demoníaco o una persona con retraso mental podía sugerir su posible maltrato como justificado.

El compromiso por brindar asistencia a individuos con aflicciones psicológicas ciertamente no empezó en el campo de la psicología clínica. Las principales funciones que realizan los psicólogos clínicos en la actualidad (comprensión y asistencia a individuos que sufren trastornos psicológicos o que experimentan aflicciones psicológicas significativas) las desempeñaban otros individuos e instituciones en las sociedades siglos antes del surgimiento de la psicología como profesión. En diversas sociedades y en diferentes momentos de la historia, quien fue responsable de atender las necesidades psicológicas de la gente ha dependido de la forma en que se vio el trastorno y la salud mental. Las profesiones u oficios que se han responsabilizado del cuidado y bienestar de individuos que sufren trastornos

psicológicos o psiquiátricos incluyen al clero u otros grupos religiosos, los médicos e individuos comprometidos con el bienestar social. (Compas y Gotlib, 2003, p. 34).

Un esbozo más detallado de la manera en que muy posiblemente eran tratados los enfermos con padecimientos mentales lo describen las siguientes líneas:

Antes del siglo XIX, a los individuos retardados y mentalmente enfermos, además de acusárseles de brujería eran tratados como criminales comunes, recluyéndolos en prisiones o en claustros especiales (...) En 1547, un lugar para albergar a gente mentalmente trastornada fue (...) en el Hospital Santa María de Bethlehem en Londres (...) Stein, 1967, describe las condiciones (...) los internos eran encadenados, azotados y aislados; se les alimentaba sólo con bazofia; se les daba purgas y vomitivos, y eran sometidos a sangrías (Hothersall, 1997, p.260).

Sin embargo, el mismo autor señala que *“(Bynum, Portery y Shepherd, 1985) historiadores ingleses refutaron lo anterior, y sostuvieron que sólo un pequeño número de personas fueron institucionalizadas. Argumentaron que rara vez se explotaba o abusaba de los internos, el hecho de restringirlos, esposarlos y encadenarlos, era utilizado sólo con internos violentos y agresivos cuando todo lo demás fracasaba”*. (citado por Hothersall, 1997, p.260).

De cualquier forma, es decir, que los casos en que enfermos mentales hayan sido maltratados con poca frecuencia en siglos pasados, son referentes de la importancia que tendría el papel de la psicología clínica hasta la actualidad.

El campo de la psicología clínica ha estado ahí desde siempre, sin embargo, sus beneficios únicamente pueden ser aplicados en la época actual, porque trata con los problemas de las personas brindándoles la posibilidad de mejorar su futuro en un aspecto o aspectos de su vida.

1.3 Inicio de la psicología Clínica.

Schultz D. y Schultz S. (2008) relatan:

Mientras Cattell estaba cambiando para siempre la naturaleza de la psicología americana aplicándola a la medición de las habilidades mentales, un estudiante de Cattell y Wundt estaba aplicando la psicología a la evaluación y tratamiento del comportamiento anormal. Solo 17 años después de que Wundt definiese y fundara la nueva ciencia de la psicología, nosotros teníamos ya a otro de sus antiguos estudiantes utilizando la psicología dentro de una inconsistente forma práctica comparada a las intenciones de Wundt.

En 1896, Witmer (...) propuso a la American Psychological Association la psicología clínica como una disciplina aplicada. (p. 240).

En 1897, Witmer enseñó el primer curso práctico en psicología infantil. Además de conferencias y asignaciones de laboratorio, las clases incluyeron la presentación de casos de la clínica psicológica y la observación del trabajo con niños en una escuela de capacitación. Cincuenta años después, cuando se propusieron las normas de educación y capacitación en psicología clínica en la conferencia de Boulder, las recomendaciones incluyeron mucho de la pedagogía de Witmer, sobre todo en el aspecto de la actividad práctica y científica, así como la necesidad tanto de la capacitación académica como de la experiencia. (Cullari, 1998, pp.12, 13).

“Es difícil admitir que un solo individuo haya creado una profesión o ciencia. La historia nos enseña que individuos verdaderamente excepcionales pueden hacerlo. Witmer fue sin recursos esa persona” (Fuller et. al, 1997, p. 88). Por lo que debe hacerse una breve semblanza sobre su labor, puesto que en él se personifica el primer paso de la psicología aplicada del área clínica.

Lightner Witmer (1867-1956).

Witmer enseñó psicología en la Universidad de Pennsylvania, cubriendo ese puesto cuando Cattell lo dejó para irse a la Universidad de Columbia. Descrito como beligerante, antisocial y presuntuoso Witmer comenzó en el campo que él llamó psicología clínica (...) estaba interesado en la evaluación y tratamiento del aprendizaje y problemas de comportamiento en niños escolarizados, un área de aplicación especializada ahora llamada psicología escolar. (Schults y Schults, 2008, p.240).

Witmer (1907, p. 3) citado por Cullari (1998) expresa un claro interés por el individuo en sí:

No podía encontrar que la ciencia de la psicología se hubiese enfocado alguna vez hacia la averiguación de las causas y tratamiento de una deficiencia en la articulación de las palabras. Se trataba de un simple defecto de memoria, y siendo la memoria un proceso mental, se suponía que la psicología debería proveer el único conocimiento autorizado. (p.12).

La crítica fundamental que expresa Witmer es muy válida puesto que, a lo que él hace referencia es que la psicología en ese entonces estaba generalizada en sus objetivos, sus enunciaciones eran como la fabricación de prendas de una sola talla o medida a la cual todos debían ajustarse a tal grado de ignorar especificaciones del ser humano que tenían y tienen relación con su vida cotidiana, y por lo mismo era menester entender los problemas de la persona con sus características propias e individuales.

Witmer se sentía en su elemento tanto con abogados, como con asistentes sociales y maestros, por lo que consideraba a las cortes, escuelas y calles como si fuesen laboratorios de psicología. (Cullari, 1998).

Sin antecedentes como psicólogo clínico, Witmer fue explorando con niños y estableciendo métodos conforme avanzaba.

En el 2011, G. Plante aclara que:

“Es importante notar que durante esta época, la psicología era considerada una ciencia y su propósito era mejorar la comprensión general (no anormal o disfuncional) de la conducta humana”. (p.39).

Schultz y Schultz (2008) relatan:

Con su primer caso, el chico que tenía problemas para deletrear, Witmer evaluó la inteligencia del niño, razonamiento y habilidades para la lectura, y determinó que la habilidad de lectura era deficiente. Tras análisis exhaustivos de datos, Witmer concluyó que el chico sufría de amnesia verbal visual. Aunque, el niño podía recordar figuras geométricas, tenía dificultades para recordar palabras. Witmer desarrolló un programa remedial intensivo que cosechó alguna mejoría, sin embargo, el paciente nunca llegó a ser destacado para la lectura o deletreo de palabras. (p. 243).

Eventualmente, ganó experiencia, hizo programas estandarizados de tratamiento y evaluación. Incluyó médicos, trabajadoras sociales y psicólogos en su equipo clínico de trabajo.

Schultz y Schultz continúan:

Witmer reconoció que el funcionamiento emocional y cognitivo podía ser afectado por problemas físicos, así que tenía médicos para examinar a los niños para determinar si la malnutrición o deficiencias visuales o auditivas contribuían a las dificultades de un niño. Los pacientes eran entonces evaluados y entrevistados por los psicólogos y las trabajadoras sociales preparaban las historias de casos sobre sus antecedentes familiares. (p. 243)

Es harto relevante hacer notar que Witmer puso énfasis en factores ambientales, disturbios cognitivos y desorden del comportamiento. Argumentó que si el ambiente en casa y en la escuela mejoraban, el comportamiento del niño mejoraría para bien¹.

Finalmente las autoras comentan:

Muchos psicólogos siguieron pronto el ejemplo de Witmer. Para 1914, casi 20 clínicas de psicología estaban operando en Los Estados Unidos, en su mayoría sobre el modelo de la clínica de Witmer. Además, los estudiantes que entrenó difundieron su clínica y enseñaron a nuevas generaciones de estudiantes acerca del trabajo clínico. Su estudiante Morris Viteles extendió el trabajo de Witmer al establecer una clínica de orientación vocacional, la primera con tales instalaciones en Los Estados Unidos. Otros seguidores aplicaron la aproximación clínica de Witmer con pacientes adultos. (Opt cit, 2008, (p. 243).

¹ Clérambault (1923) también enfatizaba, tras analizar un caso en particular, la importancia de tres fases que tenían relación con el ambiente en el cual se había desarrollado una persona. Señala una fase antigua en que se conforma una parte depresiva; una fase reciente de fatiga, preocupación e insomnios (debido al trabajo) y una fase inmediata de expectación ansiosa en relación a la formación de delirios pasionales.

La mayor parte de las clínicas de psicología que se desarrollaron estaban asociadas con universidades, donde los psicólogos trabajaron con niños de escuelas locales. Muchas mujeres estaban involucradas en las nuevas clínicas psicológicas, pero habían sido predominantemente especializadas en educación o en trabajo social. El estudio universitario en psicología era un tanto nuevo; las secciones universitarias hicieron énfasis en la psicología experimental y no ofrecieron cursos relacionados clínicamente. Respondiendo a una necesidad por la capacitación clínica, las clínicas psicológicas empezaron ofreciendo el título de pasantes y experiencias prácticas. Las clínicas también fueron más allá de los sitios de acción universitaria y abrieron las puertas a nuevas poblaciones. (Cullari, 1998, p.13)

Las bases del quehacer para el psicólogo clínico fueron puestas por Witmer. La integración de más de un enfoque en la explicación de la problemática principal de un paciente, la consideración de posibles causas médicas, la colaboración de trabajadoras sociales y dejar un tanto de lado la personalidad del psicólogo experimental, que no sus aportaciones, por un psicólogo más humanista siguen siendo en esencia los mismos requerimientos para esta área profesional.

La siguiente línea del tiempo esboza la cronología de la psicología como ciencia hasta la psicología como clínica y como un medio propio de comunicación formal impreso.

1879	Wilhelm Wundt funda el primer laboratorio en psicología.
1879	William James funda el primer laboratorio americano de psicología en Harvard.
1883	G. Stanley Hall funda el segundo laboratorio de psicología en Johns Hopkins.
1888	James Mckean Cattell el tercer laboratorio americano.
1890	James publica "Principios de Psicología".
1890	Cattell acuña el término de test mental.
1892	Es fundada la Asociación Psicológica Americana.
1896	Lightner Witmer establece la primera

	clínica de psicología en la Universidad de Pennsylvania.
1900	Freud publica “La interpretación de los sueños”.
1904	Alfred Binet comienza a desarrollar un test de inteligencia.
1905	Binet y Theodore Simon dan a conocer “La escala de inteligencia Binet-Simon”.
1905	Carl Jung crea un test de asociación de palabras.
1907	“Clínica Psicológica” es la primera revista clínica que se publica.

Puede notarse que hacia la parte final del siglo XIX, fue imperante la actividad experimental para generar la conceptualización y teorización de la psicología. Esto habla de una necesaria vinculación entre ambas áreas, es decir, aquél conocimiento que genera la práctica científica puede ser aprovechado por la práctica clínica; puede notarse, por ejemplo; en el uso de instrumentos de medición como los test de inteligencia para evaluar a una persona.

Cabe destacar la influencia en la psicología clínica de varios no psicólogos; dos de ellos Freud y Jung, pero con claros aportes de tipo cualitativo más que cuantitativo, lo cual pareciera paradójico, pues siendo médicos validaron más las cuestiones psicógenas que los primeros psicólogos experimentales con la mira puesta en la medición. Dichos aportes son importantes porque se dirigen hacia el “cómo” más que hacia el “qué” y aquella parte es esencial para comprender a la persona en sus circunstancias particulares.

1.4 La psicología clínica después de la Segunda Guerra Mundial.

Hothersall (1997) menciona:

Los desarrollos en la psicología clínica después de la Segunda Guerra Mundial se resumen (...) utilizando dos importantes enfoques: el científico y el profesional. El enfoque científico se refiere al proceso teórico y en investigación, e incluye temas como clasificación; distinciones proceso-resultado, lo mismo que revisiones cuantitativas de resultados de tratamientos; avances en métodos de investigación, y evaluación/tratamiento neuropsicológico. El enfoque profesional se refiere a los avances en entrenamiento y práctica (...) el entrenamiento para la graduación de los psicólogos clínicos (y otras áreas nominalmente aplicadas) cambia con periodicidad entre el énfasis científico y el profesional. (p. 300, 304).

La psicología clínica tiene un nivel de exigencia distinto de la psicología experimental, pues al tratar directamente con los problemas de una persona, ello implica la observación de la ética en muchos sentidos. Ciertamente, la psicología científica debe ser ética en la experimentación, sin embargo, el clínico puede verse en apuros bajo riesgo de involucramiento con el paciente, pues su interés no solo es el enfoque científico sino que el paciente, en tanto ser humano, se sienta mejor.

En 1958, Vargas esboza con cierta claridad el quehacer de la psicología clínica en la actualidad:

“La psicología clínica está orientada preferentemente a la “comprensión” del paciente, con un sentido hermenéutico, interpretativo, existencial, y no con un sentido de “explicación” de la personalidad, es decir, hallando la relación de causa y efecto, de síntoma a causa del síntoma...”(pp.7-8)

Puede afirmarse que de negar la conciencia: pensamiento e ideación, etc., como lo hiciese el conductismo de Watson, implicaría que el mero estímulo-respuesta llevaría a un comportamiento automático, prácticamente sin capacidad de volición.

Vargas continúa:

...la psicología clínica va más allá de la explicación causal, buscando más el sentido del síntoma y su evaluación óptica que la simple constatación del hecho primario, la causa (...) no buscamos relaciones racionalmente (comprender de lo hablado) sino relaciones psicológicas o empáticas (comprender del que habla)...(pp.7-8).

Al respecto Jung, a principios del siglo XIX, afirmaba que un enfermo mental no podía permanecer en la nada, por lo que era necesario construirse una explicación de las cosas que no comprendía en relación al mundo, de manera que era necesario entenderlo en su subjetividad porque había una lógica en ella.

Finalmente Vargas dice que, *“comprender es referir una conducta a valores”*. (1958, pp.7-8).

Cabe aquí recordar que los valores se transmiten según la cultura cuyas características pueden ser simbólicas, aprendidas, sistemáticas, por lo que, parte de la comprensión de

la persona es identificada como está sujeta a su cultura; es decir, sus emociones, pensamientos y conductas.

Por otro lado, las posibilidades que ha brindado el enfoque científico se reflejan en una mayor preparación dentro del área clínica. Debido a que las perspectivas múltiples (Hothersall, 1997) abordan un aspecto en específico, la psicología clínica se puede llevar hacia vertientes tales como la conducta, la cognición o la síntesis de ambas vistas en la práctica cognitivo-conductual.

Un ejemplo claro, pueden mencionarse las aportaciones científicas de los correlatos psicofisiológicos en que Ardila (1973) incluso hace notar que una situación emocional conlleva aspectos tales como:

- 1.-estímulos antecedentes;
- 2.-condiciones y estados fisiológicos;
- 3.-patrón de comportamiento;
- 4.-metas de la conducta emocional
- 5.-experiencia consciente.

“Todo lo anterior, el autor señala, sólo se separa con el fin de estudiar la emoción objetivamente” (Ardila, 1973, p. 141).

1.5 La psicopatología y la psicología clínica.

El término “psicología de lo anormal” tradicionalmente se ha referido a esos tipos de fallas e insuficiencias humanas a las que llamaremos “desadaptaciones personales”, es decir, las neurosis, las psicosis y, en general, aquellas conductas de las que se ocupan los especialistas en salud mental, como psiquiatras y psicólogos. (Saranson, 1978, p.17).

La psicología anormal es el área de la psicología que se enfoca hacia la conducta desadaptativa, sus causas, consecuencias y tratamiento. La psicología anormal trata sobre cómo se siente ser diferente, lo que significa serlo y cómo trata la sociedad a las personas que considera distintas. El espectro de las diferencias es amplio, va desde delirios que distorsionan la realidad y la debilitación severa hasta las preocupaciones y peculiaridades en la conducta que sería mejor no tener, pero que no interfieren de manera significativa con nuestra vida diaria. (Saranson y Saranson, 1996, p.2).

¿A qué nos referimos con la expresión conducta patológica?

...¿Es patológico hablar con uno mismo? ¿Y qué decir de una depresión de varias semanas tras una ruptura sentimental? ¿Y beberse una botella de vodka con los amigos durante el fin de semana? Establecer el límite que separa conductas anormales y normales puede ser bastante difícil. No hay dos personas iguales y aunque algunos de nosotros podamos mostrar conductas que podrían considerarse extrañas, deprimidas, o experimentadoras, puede que esas mismas conductas llevasen a considerar a otras personas como mentalmente enfermas, afligidas, o adictas. (Butcher; Mineka; Hooley. 2007, p.4).

Puede decirse que la psicología de lo anormal toma de la psicopatología la máxima objetividad de observar, describir, analizar y diagnosticar la enfermedad, pero además se extiende a las áreas afectivas y de sentimiento en el paciente con la finalidad de comprenderlo, de llegar a la empatía tal que le compromete ayudarlo en sus circunstancias.

Actualmente, la psicología clínica trata diversidad de trastornos que van de moderados a severos, aunque Witmer fue fundamental para la psicología clínica, hoy es mucho más extensa en su área de aplicación.

Con lo anterior ha de decirse que en 1962, Pinillos afirmaba que los problemas de desadaptación del hombre a su medio vital, así como el diagnóstico de las enfermedades mentales, la investigación de sus causas y el cultivo de su terapéutica, son estudiados por la psicología clínica y la psicopatología, disciplinas ya muy cercanas a la psiquiatría, de la cual son o deberían ser auxiliares eficaces.

Respecto a la cercanía de la psicología con la psiquiatría Ey, Bernard y Brisset (1965) afirmaron que el problema de la psicología era la contraposición del contexto fisiológico con el sociológico, pues en ellos se halla el individuo. No es posible separarlos, sino integrar el funcionamiento del sistema nervioso y las estructuras del cerebro con las influencias del medio ambiente que también inciden sobre la persona.

En este sentido se avala el pensamiento de Witmer que diera origen a la psicología aplicada para con la conducta y situación emocional de una persona de forma individual. Tomando en cuenta las condiciones ambientales tanto como las cuestiones de organicidad. También cabe señalar que Witmer vio antes esta necesidad que los autores en la cita del párrafo antes mencionado.

Puede incluso decirse que la necesidad de evaluar y tratar con trastornos mentales es consecuencia, justamente de los primeros enfoques que Witmer (si bien no se avocó a la psicopatología), utilizó; estos obligaban y obligan a entender problemas más complejos en la dinámica del individuo.

La psicopatología es tal, en parte, por aquellos que al verse condicionados a su cultura en particular les haya sido difícil aceptar como individuos las ideologías de la mayoría; lo que los colocaría en una desventaja numérica, de tal forma que esa situación de estrés constante compromete los procesos mentales hasta la posibilidad de llegar a un rompimiento del equilibrio psíquico.

También la psicopatología puede emerger cuando dos culturas se encuentran o basta con que una encuentre a la otra para extrañarse, es decir, para no estar de acuerdo con ciertas prácticas; no distintas (actos de crueldad) sino peor aún, inconcebibles como en Medio Oriente donde a las mujeres se les corta el clítoris debido a no tener derecho de sentir placer.

En épocas tempranas de la historia, los teólogos, los filósofos y los médicos desarrollaron teorías sobre la psicopatología y modos de tratarla, algo que puede contemplarse directamente a partir de lo que escribieron. Más difícil es hacer generalizaciones sobre cómo se trataba realmente a los sujetos mentalmente enfermos en épocas y lugares distintos a los nuestros, pero uno se puede hacer una idea de la manera en que los médicos y los sacerdotes trataban a lo que hoy día llamaríamos enfermedad mental, a partir de los tratados médicos y los documentos eclesiásticos; se pueden conocer, basándose en documentos legales, los intentos que se hacían dentro de la comunidad para afrontar los problemas de la locura; los puntos de vista predominantes y las formas de tratar a los individuos mentalmente enfermos pueden adivinarse en las narraciones históricas, en los diarios y en la literatura de la época.(Caballo et al., 1995, p.3).

Históricamente, cuando aparecieron aberraciones, la tendencia usual consistía en verlas como inspiradas por fuerzas malignas que necesitaban refrenarse. Una reacción primitiva fue y sigue siendo la de buscar un remedio rápido y sencillo para poner las cosas en orden, en lugar de tratar de comprender los procesos que han provocado la situación desafortunada (Zax y Cowen, 1979, p.5).

Varias culturas toleraban (e incluso promovían) ciertas formas de conducta (como el canibalismo) prohibidas por otras. En la Europa de la Edad Media abundaban varias condiciones patológicas, a las cuales se trataba con dureza, pues a menudo se las tildaba de pecado y se las consideraba obra del diablo (...) respecto a las nociones pseudocientíficas, se nos ha dicho que la desviación es resultado de cualquier cosa, desde las fases cambiantes de la luna (y de aquí la palabra lunático) hasta las protuberancias de la cabeza. Desafortunadamente, a pesar del exceso en número de tales especulaciones, nunca han estado acompañadas por un grado comparable de documentación científica (...) casi cualquier enunciado que exprese una relación entre supuestas causas y efectos patológicos ha encontrado apoyo en algún lugar² (...) el hombre ha tenido un interés profundo y firme por la conducta patológica, no solo porque lo desacostumbrado sea fascinante en sí, sino también porque los actos desviados obligan a que la sociedad intente controlar dicha conducta. Se deduciría de aquí que las prácticas actuales son resultado de una larga historia de tales intentos (Sandler y Davison, 1977, pp.17, 23).

Por un lado, los intentos por remediar la conducta desviada, hablando de la Edad Media, por medio del castigo como la tortura misma ejercida por el poder que la iglesia tenía en aquél entonces para normalizar a la gente en cuanto a aceptar las condiciones que por destino les tocaba vivir, pero con la promesa que de actuar conforme los designios divinos tendrían un mejor porvenir después de la muerte.

² Por ejemplo, la cultura en México sigue considerando trastornos como la esquizofrenia o simulaciones propias de un trastorno limítrofe como posesiones demoníacas, que a su vez, son creencias reforzadas por programas de radio y televisión.

Por el otro lado, el surgimiento del hombre renacentista que comienza a explicar los fenómenos desde otra perspectiva. Poniendo en desarrollo las habilidades de su pensamiento, confiando más en la capacidad de observación y la confianza, hasta cierto punto, de lo que puede apreciar y describir tal como lo alcance a detallar.

El análisis de la condición mental insana no estaría desprovista de este querer entender objetivo, y por ende, alejado de supersticiones y antiguas concepciones sin fundamentos

Durante el siglo XIX hay tres focos principales de crecimiento de la psicopatología: Francia, Alemania e Inglaterra. Las principales aportaciones de la escuela francesa quedan recogidas en el tratado *De la maladie mentale considérée sous le rapport médical, hygiénique et médico-legal*, de Esquirol (1772-1840)...destacó por sus críticas a las tendencias filosóficas de la psicopatología e intentó promover como alternativa la observación rigurosa de los hechos y su cuantificación. Se interesó más en la descripción y clasificación de los trastornos mentales que en la indagación de su progenia y etiología (...) la escuela psicopatológica alemana evolucionará durante el siglo XIX para abandonar un inicial dualismo en la concepción de la enfermedad mental y decantarse progresivamente a favor de un enfoque somaticista. Griesinger (1817-1868) representa con fidelidad la corriente académica. En 1845 publicó *Die pathologie und therapie der psychischen krankheiten*, en el que se resta importancia a los determinantes culturales de los trastornos mentales, afirmando que éstos son trastornos del cerebro. Su influencia ha llegado hasta la actualidad, entre otras vías a través de su discípulo Kraepelin.

En la escuela inglesa, finalmente, desarrollaron su trabajo autores como Maudsley (1835-1918), quien aceptaría y profundizaría en las ideas de Morel sobre la degeneración, y Jackson (1834-1911), que elaboraría una versión neurobiológica de éstas. (Jarne y Talrn, 2000, p.40).

Aunque estos países europeos manifestaban su interés por el estudio de la psicopatología, parecían fundamentar las desviaciones mentales dentro de las instancias de organicidad exclusivamente. Sin embargo, surgirían nociones cuyos conceptos más bien descentralizados habrían de brindar un contexto mucho más completo sobre el estudio de la psicopatología.

Lightner Witmer había comprendido la importancia de las condiciones biológicas y ambientales para la mejora de las condiciones emocionales y conductuales, de tal manera que era inevitable que la extensión y acercamiento de la psicología clínica para con la psicopatología fuese cuestión de tiempo; pero con la garantía de ya contar desde ese entonces con enfoques sobre la mente y sus enfermedades.

Una de las fuentes principales que han contribuido a la psicología clínica para el estudio y comprensión de la enfermedad mental ha sido el psicoanálisis. Las aportaciones conceptuales que ha brindado explican en buena medida cómo sucede la emergencia del síntoma. Aunque, el Ello, el Yo y Súper yo no pueden hacerse tangibles, sí es posible evidenciarlos por medio de la conducta y las palabras de una persona.

Zax y Cowen (1979) han dicho que:

...el genio dominante en el estudio de la psicopatología ha sido Sigmund Freud, [aclaran que] trabajó más bien con el paciente neurótico que con el burdamente psicótico. Sus teorías del desarrollo de la personalidad y de la dinámica mental, que trataban de explicar las características behaviorales tanto de la persona normal como de la trastornada prepararon el camino para el desarrollo de otras teorías de la personalidad³. (pp.5, 6).

El ejemplo que en sí mismo fue Freud para el desarrollo de su teoría psicoanalítica lo llevaron a cabo otros teóricos de la personalidad posteriores a él. Analizarse a sí mismo pone de relieve sustentar un procedimiento de la vida mental y emocional con relación a su cultura, que debe hacer de la psicología clínica más comprensiva de las circunstancias interpersonales e intrapersonales del paciente.

Por otra parte Horwitz y Scheid (1999) reducen el psicoanálisis a instancias metafóricas, por lo que es considerado, en su perspectiva, poco viable en la explicación de los problemas psicológicos:

La psicología es si no una de varias disciplinas concernientes a la anormalidad. Los psicólogos a través de gran parte del siglo XX han perseguido estrategias de enfoque teórico (Castonguay y Goldfried 1994; Omer 1993) años recientes han visto un reconocimiento que el tema demanda una aproximación más amplia (...)

El modelo psicoanalítico de anormalidad originado en la influencia teórica de Sigmund Freud. En su núcleo, este modelo implica que la gente se halla en sistemas de energía cerrados. Freud pareció considerar la energía psicológica (o líbido para usar su término) como una cosa actual, lo que los neurólogos eventualmente descubrirían⁴. Versiones subsecuentes de la teoría psicoanalítica utilizan la noción de energía en una forma más metafórica, pero común a todas estas teorías están las suposiciones derivadas del punto de vista de las personas como ocupadas en la transformación y redirección de la energía psicológica⁵.

Los teóricos psicoanalistas ven los problemas como resultado de defectos en la transformación y uso de la energía psicológica. Estas ideas explican ambos problemas circunscritos y penetrantes. Así, en la disforia- la cual es ansiedad general o la depresión-

³ Pueden mencionarse teóricos posteriores a Freud como Carl Gustav Jung, Alfred Adler, Melanie Klein, Ana Freud, Karen Horney y Erich Fromm, entre otros.

⁴ Cabe hacer notar que los autores hacen referencia a lo que Reeve (1994) define como los procesos que regulan el aurosal son mecanismos corticales, conductuales y autonómicos. La actividad del cerebro, la musculatura esquelética y el sistema nervioso autonómico se suman para dar significado al constructo motivacional general de "aurosal".

⁵ Aquí los autores, al mencionar las versiones subsecuentes, puede mencionarse a Jung y su concepción de la energía psíquica: principio de los opuestos, principio de equivalencia y principio de entropía.

una persona invierte demasiada energía en defensas, por ello tiene menos energía disponible para más actividades gratificantes. En formas severas de anormalidad como la esquizofrenia, una persona podría no invertir suficiente energía en defensas y como resultado llegar a estar abrumado por determinación innata. (pp. 104, 105, 108).

Cabe bien mencionar que los autores no separan el psicoanálisis de Freud, del psicoanálisis de Jung, ni del de Klein, ni de los neopsicoanalistas, es decir, pareciera que el psicoanálisis da un mismo resultado, haciendo así de él algo reduccionista, cuando en su esencia es, en todo caso, complejo.

Por otro lado Sandler y Davison (1977) consideran que en gran medida fueron los psicólogos clínicos quienes hicieron progresar el estudio de la patología. A principios de este siglo (XX) surgió la psicología clínica como una disciplina, pues hasta entonces los psicólogos se dedicaron a los problemas de diagnosticar y tratar a los pacientes recluidos en hospitales para enfermos mentales. También comentan estos autores que la primera y segunda guerra mundial dieron un impulso adicional a dicho progreso, pues un número considerable de psicólogos analizaron y trataron desórdenes causados o aumentados por el trauma de la guerra; aunque este movimiento no pudo establecer principios generales válidos y científicamente documentado.

1.6 Aspectos importantes en el desarrollo de la persona.

En la práctica clínica es necesario tomar en consideración las diferentes etapas en el desarrollo de una persona, porque las exigencias que se van presentando a lo largo de la vida irán cambiando. Las prácticas sociales guían a una persona sobre su comportamiento y sus emociones; sin embargo, cuando ese comportamiento o emoción es cuestionado por ser mal visto pueden surgir conflictos entre la persona y el mundo que e rodea.

Puede resultar en la práctica clínica que una persona no haya resuelto conflictos en su vida, es decir, en etapas anteriores, por lo que se esperaría en esa persona una conducta y emociones conflictivas. Comprender las necesidades de un individuo, visto desde el rol como psicólogos requiere de saber de forma general qué se puede esperar de un niño, de un adolescente, de un adulto y/o de un adulto mayor.

La infancia es la etapa del desarrollo humano que mayores repercusiones puede tener a lo largo de la vida *“cualquier cosa que seamos en este momento no es más que el producto de todo lo que nos ha sucedido hasta ahora”* (Lane y Beauchamp, 1985, p. 26).

En esta investigación se ha mencionado que la psicología clínica tiene que comprender a la persona. Conocer sus antecedentes hasta el punto importante de comprender en qué forma respondió un individuo a lo que le ha sucedido y lo que ha experimentado sobre los acontecimientos en su vida. (Lane y Beauchamp, 1985).

Piaget (1962) citado por Reeve (1994) señala la importancia del juego para el desarrollo infantil:

(...) observó que a los dos meses (juego sensoriomotor) el bebé deriva placer del ejercicio y la práctica de habilidades sobre las que tiene dominio (por ejemplo, mover la cabeza hacia adelante y hacia atrás repetidamente). A los dos años y medio (juego simbólico), el niño participa en el juego imaginario (por ejemplo, hacer ver que se lleva a un niño en los brazos). A los tres años y medio (juego de adquisición de dominio) el niño deriva placer del ejercicio y práctica de una habilidad adquirida. El aprender a atarse los cordones de los zapatos representa una respuesta de enfrentamiento adaptativa e inteligente (...) A los seis años y medio (asimilación de la realidad) el niño hace uso de la imitación y el modelamiento para imitar y reproducir la realidad. (p. 132).

Puede decirse que, desde un enfoque lúdico, el ser humano irá tomando contacto con la realidad de forma paulatina. Al hacer esto, también supone un grado de motivación el cual acrecienta su nivel de exigencia, lo que le permite desarrollar más su capacidad para la resolución de problemas.

1.6.1 Edad escolar.

Lidz (1985) ha descrito una serie de elementos característicos de la infancia y la socialización secundaria en el desarrollo de la persona:

(...) El niño se compara con sus camaradas de clase y de juego, quiere competir con ellos y sentirse satisfecho de sí mismo (...) Le es necesario renunciar a muchos de sus deseos y disimular algunas particularidades suyas para encajar en el grupo (...) En la escuela y en el grupo de iguales, sus compañeros son rivales, y con frecuencia rudos jueces, que más fácilmente aguzarán sus heridas emocionales antes que mitigarlas (...)

(...) Además, el niño ha completado su socialización primaria y, por estar menos preocupado por las funciones corporales, necesita y obtiene de los padres menos gratificación sensual (...) Erickson considera el desarrollo de un sentido de eficiencia en el trabajo como la cuestión más vital en este período de la niñez. Si no adquiere en niño un sentido de capacidad, se forman en él difusos sentimientos de inferioridad y de insuficiencia (...)

(...) No basta que el niño aprenda las aptitudes técnicas y los conocimientos que requiere para hacer frente a las tareas de la vida, ya que si no puede confiarse en él, son de poco valor para los demás. Para obtener la aprobación de la sociedad el niño ha de ser digno de confianza (...) la dirección que tomará el futuro del niño estará determinada por su personalidad y rendimiento intelectual obtenidos en la escuela primaria.

Pero entre los siete y once años, los dos sexos estarán más separados que en cualquier otra época de la vida (...) Generalmente, estos años constituyen una de los más felices períodos de la vida, en especial si la familia es estable y las relaciones con los padres no son fuente de preocupaciones; pero aun en los casos en que las circunstancias no son favorables, el niño olvida fácilmente los infortunios del hogar cuando se halla con sus camaradas.

Después de los siete u ocho años (...) La exclusión de las niñas del grupo de muchachos sirve para que éstos se identifiquen más con su sexo y con el rol masculino. El muchacho está superando la dependencia respecto de su madre, pero se desviste también de los residuos de su identificación con ella (...) lucha contra cualquier envidia que pudiera sentir acerca de las prerrogativas de las muchachas (...) adopta una actitud despectiva hacia ellas y respecto de todo lo que les es propio (...)

Las niñas pasan más horas de su tiempo libre en casa, y por lo general, permanecen más unidas a los padres. No tienden a participar en juegos de grupo si no es bajo la supervisión de personas mayores y por ello carecen, de la experiencia del aprendizaje para la organización de grupos y para evaluarse a sí mismas según su capacidad deportiva o de sus dotes de mando (...)

Al acercarse a la edad de diez años, ya casi prepuberal, es probable que empiece a presumir, a pasearse en alegres grupos y buscar compañía casi constantemente (...) La niña permanece más unida a casa; se interesa especialmente por las personas y sus interacciones; se ocupa menos de actividades competitivas. Su sistema de valores sigue siendo más próximo al de los padres y, tal vez, las niñas tienden a desarrollar modos de pensar menos independientes. (pp. 325-332).

Desde la perspectiva del autor, la enseñanza primaria es crucial para el futuro de la persona. Se trata de un proceso de competición ante los pares para destacar entre ellos; pero además dependen del reconocimiento con relación a sus capacidades. Por otro lado, la niña pareciera dirigirse hacia el rol tradicional de dependencia de otros en que no se destaca por sus destrezas individuales.

Tal descripción de esta etapa sugiere que de no cubrir los eventos esperados en uno y otro género, la consecuencia podría ser el conflicto para con las normas, en el caso de los varones; y el conflicto para con sus emociones, en el caso de las mujeres, cuyo reflejo sería evidente en la personalidad del individuo.

1.6.2 Adolescencia

En términos generales puede decirse que la adolescencia se caracteriza por cambios tanto internos como externos que por vez primera el joven tiene conciencia de ellos y por tal razón debe de aprender a controlarlos, ya sea porque se siente comprometido a nivel social o porque se siente influenciado por personas a las cuales admira y trata de ser como ellos.

También, esta etapa adquiere relevancia debido a que aquellas carencias de la infancia en su relación con los padres y hermanos pueden salir a relucir en sus capacidades para relacionarse con los demás, más aun con el sexo opuesto. Lo fuerte o débil que se sienta para recibir las frustraciones de la vida serán un riesgo o un dato a favor que se reflejará en sus patrones de personalidad, los cuales podrían llegar a ser tan rígidos como un trastorno de personalidad o flexibles que le permitan adaptarse y funcionar en distintas situaciones.

Esta etapa de facto es decisiva por el futuro que le depara al adolescente y por otro lado, para saber qué hará con lo antes aprendido en casa; lo que le es útil o no, habrá de decidir al tiempo de irse conformando más como individuo que se halla inserto en una sociedad y cultura determinada. El placer opuesto a la obligación serán prácticamente la prueba constante y por ende su capacidad de acierto al elegir más veces una opción sobre la otra.

Hetzer (1970) citado por Nickel (1980) ofrece una perspectiva del adolescente rebelde, la cual es esperada sin tener que decir que se trata de un proceso psicopatológico, sino más bien de la búsqueda de identidad propia:

(...) el joven ya no se ve tan ligado a la familia, como cuando era niño, más bien intenta acortar los vínculos de independencia y desarrollar sus propias formas de vida, que no posee, empero, más que un carácter provisional y transitorio (...) semejante estado de transición se manifiesta en el sector de las confrontaciones de orden espiritual, en particular, las que se refieren a las representaciones y tablas de valores éticos, políticos, religiosos y escatológicos (...) no acepta ya sin sentido crítico, las doctrinas e ideales de los padres, maestros y adultos, que en general, le inculcaban. (pp. 330-331).

Respecto a la expresión de la sexualidad, Stone y Church (1970) mencionan:

Lo primero que hay que saber es que la sexualidad no es la misma cosa para los adolescentes de ambos sexos. En los varones, el deseo sexual es muy específico y está claramente centrado en el pene. Lo excitan fácilmente diversos estímulos externo, palabras, imágenes, ideas y asociaciones casuales, y eso lo puede despertar deliberadamente mediante la autoestimulación o buscando estímulos externos (...)

Entre las niñas, hay una gama mucho más amplia (...) algunas experimentan el deseo de modo muy parecido al de los varones y unas pocas tienen tal avidez de una constante experiencia sexual que se ajustan al cuadro clínico de ninfomanía. Muchas otras posiblemente no conozcan el apetito sexual directo sino en una época ulterior de la vida, y algunas no lo experimenta aparentemente nunca. (p. 283).

1.6.3 Edad adulta.

Rice (1997) menciona acerca de la edad adulta en términos del contexto social como:

(...) el significado principal de la vida adulta es social. Uno no puede declararse adulto, sino que es percibido como tal. Inevitablemente esta percepción refleja a una persona madura, racional y responsable. Resulta inconcebible llamar adulta a una persona indisciplinada, irracional, en quien no puede confiarse y que es socialmente irresponsable. (p. 468).

Por otra parte, Kohlberg y Candee (1992) citados por González et al. (1995) describen desde un aspecto moral las acciones de una persona que pueden aclarar cómo es ser un adulto maduro:

a) que esté guiada por un juicio o principio y no por las consecuencias de la acción ni por su conformidad a las normas sociales; b) que la persona misma la califique de moral, es decir, su propia declaración de que es una acción éticamente correcta; c) que haya correspondencia entre la acción y el juicio, entre lo que se dice y lo que se hace (vía subjetiva o de la consistencia personal); d) que haya acuerdo entre personas que posean un razonamiento moral de principios para definirla como moral (vía “objetiva o “universal”). (p. 359).

Aquí puede proponerse un acercamiento con la filosofía existencial que deduce la necesidad del hombre por alcanzar su libertad, de tener un proyecto para alcanzarlo, pero que es posible que no logre la libertad y por ello ser él mismo el responsable de su éxito o de su fracaso.

Esta etapa del desarrollo también se caracteriza por una resultante derivada de un proceso de vida. Los esfuerzos hechos o dejados de hacer a través de los años son evidenciados por los componentes tanto externos como internos de la persona. En este sentido Lidz (1985) puntualiza:

(...) No todos obtienen el fruto de su trabajo y en algunos se acrecientan la desilusión y las lamentaciones, frecuentemente mezcladas con un amargo resentimiento al ver que la vida se ha escurrido entre los dedos (...) con dudas y preocupaciones centradas en la filosofía o la religión, es característico de esta edad hacer un balance de lo conseguido y una reevaluación de la vida (...)

(...) la culminación de la capacidad física ha pasado. El cabello encanece o escasea, aparecen arrugas, el abdomen estorba para agacharse (...) En el hombre, los años comprendidos entre los cuarenta y los cincuenta presentan la amenaza de muerte repentina por oclusión coronaria (...) El individuo de edad madura sabe que la enfermedad y hasta la muerte son potencialidades que pesan sobre él (...)

(...) Algunos temen ser desplazados por la generación sucesiva; otros empiezan a vivir a través de sus hijos; otros finalmente, se hallan todavía plenamente inmersos en su trabajo y sus modos de vida (...)

(...) Los cambios en la vida de la mujer son más tangibles (...) Es posible que trabaje fuera de casa para ayudar a pagar los gastos de la educación superior de los hijos, pero muchas veces lo hace para poner un nuevo interés en su vida más que por el aspecto económico (...) Los trastornos emocionales, primeramente depresivos, se asocian corrientemente a la menopausia (...) requiere una reestructuración de la actitud sobre el yo (...) Es una época de gran vulnerabilidad emocional, en la que las manifestaciones neuróticas se intensifican frecuentemente (...) (pp. 549-555).

Esta etapa, que si bien es aún de juventud; aunque las capacidades físicas suponen decrecer, las experiencias previas, el aprendizaje obtenido académicamente o laboralmente pueden otorgar a la persona formas específicas para resolver sus problemas; sin embargo, como lo ha señalado el autor anterior, los trastornos afectivos pueden suceder en este periodo de la vida.

El sistema capitalista es un componente que cualquier psicólogo puede tomar como un factor que contribuye a la aparición de algún tipo de depresión. En la etapa de la adultez se es aún capaz de seguir aprendiendo, de incrementar las capacidades; pero la productividad vista desde los empresarios (los empleadores) se halla limitada para aquellos quienes tienen menos de 35 años.

Una persona de 40, 50 o más años bien puede seguir siendo productiva; solo que no conviene a los intereses del empresario, es decir, una persona en esta etapa del desarrollo, si quiere recomponer su camino es muy difícil hacerlo porque ya está condicionada a todo un sistema de producción impuesto por el sector empresarial y gobiernos que promueven la modernización de las tecnologías.

1.6.4 Vejez.

Ha habido un incremento en la salud y la longevidad en la proporción de personas mayores de 65 años que continúan casadas y viviendo con el cónyuge; sin embargo, cuando el hombre se retira pierde parte de su estatus y autoridad de jefe de familia, incluso este dominio pasa a ser ejercido por su pareja. (Rice, 1997).

Dado que la población de la tercera edad se ha incrementado, uno de los efectos es el interés clínico; sin embargo, este grupo de edad ha sido despreciado por los psicólogos hasta antes de que sus expectativas de vida aumentaran. (Lowe, 1972). El autor prosigue:

Tendemos a suponer que los viejos están tan degenerados físicamente que su personalidad no merece ser considerada, que su deterioro es inevitable e irreversible, que no pueden cambiar y necesitan siempre ayuda, que la jubilación es una especie de muerte social que crea ciudadanos no solamente “mayores” sino también de “segunda clase”, etc. (p. 283).

Con base en lo arriba citado, puede deducirse que hay una descompensación entre el aumento de la expectativa de vida del ser humano y la capacidad para atender esta etapa de desarrollo. También, es de suponer que la depresión es un factor asociado a un cambio que significa un decremento de las capacidades individuales tanto físicas como mentales. El papel de instituciones de salud pública como el CF-17 del DIF tiene grupos de tercera edad que los apoyan en crear, en cierta manera, un sentido de pertenencia entre ellos.

Zenil et al. (1976) tras realizar un estudio sobre características de personalidad en 280 jubilados con edad entre 50 y 89 años en el Estado de México obtuvieron que más del 70% tenían una personalidad senil; más del 90% personalidad presenil; 40% personalidad neurótica; casi un

20% personalidad depresiva; arriba de un 10% personalidad inmadura y casi un 40% personalidad madura.

Así mismo los autores señalan que las características observadas provienen de familias numerosas, en muchos casos existe pérdida de los padres siendo ellos muy niños; y el hecho de tener que trabajar para continuar con sus estudios. “*El núcleo familiar presenta rasgos rígidos en sus normas educativas y se denota la influencia en la economía familiar de la crisis socio-económica de principios de siglo*”. (Zenil et al, 1976, p. 101).

Este antecedente en el Estado de México pone en evidencia la importancia que adquieren los cambios suscitados en la tercera edad, incluso antes. La observación, pero además el debido interés del psicólogo clínico sobre los signos y síntomas propios de esta etapa de la vida, podrían propiciar acciones de prevención desde antes de los 60 años como lo sugeriría el estudio realizado en el Estado de México.

Rice (1997) plantea una serie de tareas que el anciano debiera cubrir con el fin de adaptarse a esta etapa de desarrollo:

1. permanecer físicamente saludable y ajustarse a las limitaciones;
2. Mantener un ingreso adecuado y medios de sostenimiento;
3. Ajustarse a nuevos roles de trabajo;
4. Establecer condiciones adecuadas de vivienda y vida;
5. Mantener la identidad y el estatus social.

Tales acciones propuestas por el autor parecen distar de la ancianidad en México, ya que las condiciones socioeconómicas de un país de tercer mundo como el nuestro, hacen que resulte difícil cubrir las expectativas del autor. En este sentido es más realista la situación establecida en la década de los setenta por Zenil y colaboradores.

1.7 Aplicación de la psicología clínica.

Dado que no es posible señalar con total exactitud qué es normal y por tanto qué lo anormal, el psicólogo clínico tiene que apoyarse de modelos, enfoques o esferas por medio de las cuales la integración de éstas; la anormalidad pueda ser considerada como tal en la práctica de su profesión.

Dentro del modelo biológico la enfermedad física u orgánica puede afectar la psique del individuo al grado de potenciar trastornos afectivos, de personalidad hasta las psicosis orgánicas, que son evidentes luego de detectar golpes severos en la cabeza que derivan en cuadros de alucinaciones y labilidad entre otros síntomas.

También dentro de este modelo cabe destacar la enfermedad de cáncer que; aunque actualmente al ser detectada a tiempo es curable, ha venido siendo relevante la participación del psicólogo dado que es un evento que cambia de súbito las expectativas tanto del paciente como de su familia. El psicooncólogo propiamente, y de reciente especialización en México desde 1987, tiene que valorar el efecto en la personalidad y la dinámica familiar del paciente oncológico.

En el modelo social la anormalidad puede estar manifestada a partir de transgresiones u omisiones de un individuo con las cuales una mayoría no está de acuerdo porque no las acostumbra y/o por ir en contra de creencias para muchos incuestionables como la orientación sexual o el rol de género. El problema radica aquí en que un comportamiento de una sociedad puede ser en sí mismo patológico, esto dificulta dilucidar si un individuo, por el hecho de vestir, hablar o actuar de una manera es anormal.

Coderch (1991) ha señalado que desde un grupo hasta una nación pueden hallarse enfermos; no necesariamente en cuanto a cada uno de los individuos que conformen esa sociedad, sino en función a líderes anormales que guían a objetivos negativos y patológicos. De tal manera que el autor encuentra cuestionable identificar la anormalidad dentro del contexto social; a saber: debe compararse a un grupo social con otro grupo social para determinar si hay enfermedad, y comparar a un individuo con otro individuo, en tanto una relación correspondiente.

En el enfoque psicodinámico, la vida emocional, afectiva se constituye por deseos, prohibiciones y el manejo de estas de una manera tal que la persona experimente un máximo de su ser ajustándose a la realidad que lo rodea. Es menester que el psicólogo clínico detecte aquellas representaciones de lo inconsciente a la manera del psicoanálisis de Freud o bien saber que la función del inconsciente es compensatoria (Jung, 1990) por lo que eventualmente las manifestaciones patológicas emergen dado que no es posible mantenerse en la unilateralidad de la consciencia.

El Yo se enfrenta a presiones del medio, tiene también una parte inconsciente (Díaz, 1998), por lo que es necesario detectar aquellos mecanismos de defensa por medio de los cuales una persona suele recurrir para no admitir o distorsionar partes de la realidad. Mecanismos desadaptativos como racionalización, aislamiento, desplazamiento, formación reactiva, represión, agresión pasiva, proyección, identificación proyectiva, se oponen a mecanismos como anticipación, afiliación, sublimación, sentido del humor, autoobservación, altruismo.

Hay tests proyectivos que se aplican en la práctica como el de Machover, test de la familia, hombre bajo la lluvia, frases incompletas, HTP; los cuales permiten interpretar aquellos rasgos de personalidad y del afecto que caracterizan a una persona en particular y que tienen que ver con estados de depresión, angustia más otras confirmaciones como narcisismo, impulsividad, etc; sin embargo, cabe señalar que mediante una entrevista pormenorizada y la debida integración del estado mental del paciente es posible detectar la condición patológica del mismo.

Díaz (1998) afirma:

...Clásicamente (...), psicólogos y psiquiatras como Slater y Ross, (1954); Vallejo Nájera, (1962); y Stevenson y Sheppe (1959) entre otros, consignan una serie de pruebas con las que intentan valorar las funciones [mentales], innecesarias generalmente, si atendemos no sólo al material verbal que nos aporta el entrevistado durante el contacto con él, sino también a

sus expresiones faciales, cambios en el tono de voz, asociaciones y evasiones, reacciones emocionales, actitudes, movimientos, forma de vestir, etc., reveladoras de sus características conativas, intelectuales y emocionales (...)

(...) en cambio, tanto con miras al establecimiento de un diagnóstico preciso, como para establecer la indicación terapéutica adecuada, el estudio neurológico y una batería completa de pruebas psicológicas, son siempre los prerequisites para el tratamiento de pacientes en quienes se sospeche, aunque sea en forma mínima, por sus antecedentes y síntomas, la existencia de daño cerebral. (p. 154).

Ocampo y Arzeno (1974) citadas por Veccia (2002) sistematizaron la práctica del psicodiagnóstico:

El modelo de Entrevista semidirigida planteado por dichas autoras se caracteriza por:

- a) Un momento inicial con técnica directiva para la presentación mutua, aclaración del encuadre, registro de los datos de filiación, etc.
- b) Un segundo momento más libre, para que el entrevistado exprese su motivo de consulta, y
- c) Un momento final una vez agotado el discurso espontáneo del paciente, en el que se direccionaban las preguntas, y/o los pedidos de aclaración o desarrollos sobre temas inconclusos, de acuerdo a una guía temática que exploraba el funcionamiento de la personalidad por áreas (familia, amistades, pareja, trabajo, hobbies, creencias religiosas, valores morales o concepciones políticas, etc.). (p. 17).

Cabe destacar que este fue el modelo utilizado en esta investigación para obtener las impresiones diagnósticas de los casos hallados con mayor frecuencia. La ventaja que ofrece este modelo de entrevista es el poder profundizar sobre la vida del paciente, por lo que, incluso dicho procedimiento se lleva en tres o más sesiones dependiendo del caso en particular.

Capítulo 2. Trastornos Mentales.

Este tema trata sobre los trastornos mentales de manera general, cuya vertiente forma parte de la psicopatología y de la psicología clínica. Particularmente se describirán dos trastornos de la personalidad: límite y dependiente (Eje II); un trastorno de la conducta: disocial (Eje I); y un trastorno afectivo: distimia (Eje I), por ser estos la frecuencia de padecimientos (como se verá en el análisis de resultados), en dos instituciones de salud pública de las cuales se habla en el siguiente capítulo.

Cabe señalar que los ejes mencionados se deben al sistema de evaluación multiaxial propuesto por el DSM-IV, en donde el Eje I se designa para los trastornos generalizados del desarrollo, trastornos del aprendizaje, habilidades motoras y trastornos de la comunicación. En el Eje II se deben anotar los trastornos de la personalidad y el retraso mental. El Eje III para codificar enfermedades médicas. El Eje IV para evaluar la gravedad de los estresantes. El Eje V para la escala de la evaluación global de la actividad.

2.1.1 Trastorno de personalidad.

Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto. Los trastornos de la personalidad incluidos en el manual DSM-IV-TR se exponen a continuación.

El **trastorno paranoide de la personalidad** es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.

El **trastorno esquizoide de la personalidad** es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.

El **trastorno esquizotípico de la personalidad** es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.

El **trastorno antisocial de la personalidad** es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.

El **trastorno límite de la personalidad** es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.

El **trastorno histriónico de la personalidad** es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención.

El **trastorno narcisista de la personalidad** es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

El **trastorno de la personalidad por evitación** es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.

El **trastorno de la personalidad por dependencia** es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.

El **trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad** es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

El **trastorno de la personalidad no especificado** es una categoría disponible para dos casos:

- 1) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad y hay características de varios trastornos de la personalidad diferentes, pero no se cumplen los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad; o
- 2) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad, pero se considera que el individuo tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación (p. ej., el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad).

Los trastornos de la personalidad están reunidos en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características. El grupo A incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos. El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables. El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos. Hay que señalar que este sistema de agrupamiento, si bien es útil a efectos de investigación o docencia, tiene importantes limitaciones y no ha sido validado de forma consistente. Además, es frecuente que los individuos presenten al mismo tiempo varios trastornos de la personalidad pertenecientes a grupos distintos.

2.1.2 Características del trastorno de personalidad

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan

un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. La característica principal de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos (Criterio A). Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales (Criterio B) y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). El patrón es estable y de larga duración y se puede descubrir que su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta (Criterio D). El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental (Criterio E) y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, una medicación o la exposición a un tóxico) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal) (Criterio F). También se proporcionan criterios diagnósticos específicos para cada uno de los trastornos de la personalidad incluidos en el DSM-IV. Los ítems en cada grupo de criterios para cada uno de los trastornos de la personalidad específicos son enumerados en orden de importancia diagnóstica decreciente según los datos relevantes sobre eficiencia diagnóstica (cuando existen). El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de actividad del sujeto a largo plazo, y las características particulares de la personalidad han de estar presentes desde el principio de la edad adulta. Los rasgos de personalidad que definen estos trastornos también tienen que diferenciarse de las características que surgen como respuesta a estresantes situacionales específicos o a estados mentales más transitorios (p. ej., trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, intoxicación por sustancias). El clínico tiene que valorar la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo del tiempo y en situaciones diferentes. La evaluación también puede verse complicada por el hecho de que las características que definen un trastorno de la personalidad en ocasiones no son consideradas problemáticas por el sujeto (p. ej., los rasgos son a menudo considerados egosintónicos). Para ayudar a salvar esta dificultad, es útil la información aportada por otros observadores.

2.1.3 Factores asociados a la causa de un trastorno.

En términos generales se mencionan los factores subyacentes en el deterioro de la personalidad, en el entendido que ésta debiera manifestarse como productiva, pro-social y con capacidad de disfrutar.

Millon (1998):

Una de las tareas más complicadas (...) es averiguar los fundamentos del desarrollo de la psicopatología. Algunos autores han llamado etiología al estudio de la causalidad y otros, etiopatogenia. Este estudio intenta plantear la importancia de un número de factores que

determinan la patología y demostrar cómo estos factores, que no se relacionan de una forma manifiesta, están interconectados para dar lugar a un cuadro clínico.

En realidad, es difícil desenredar los diversos e intrincados caminos que conducen a la patología (...) en filosofía, las causas se suelen dividir en tres clases:

Una causa necesaria es un acontecimiento que debe preceder a otro para que este último ocurra. Por ejemplo, (...) para que pueda aparecer el patrón esquizofrénico⁶, este defecto debe ir acompañado de determinados tipos de experiencias perjudiciales (...) se considera que el defecto genético es una causa necesaria, pero no suficiente de la patología.

Una condición suficiente es aquella (...) adecuada en sí misma para causar la patología (...) sin embargo, una condición suficiente no es una causa ni necesaria ni exclusiva de un determinado trastorno. Por ejemplo, una infección neurosifilítica es suficiente en sí misma para producir ciertas formas de psicopatología, pero otras muchas causas pueden provocar este trastorno.

Las causas contribuyentes (...) aumentan la probabilidad de que se produzca un trastorno, pero no son necesarias ni suficientes para que este ocurra (...) como pueden ser la privación económica o el conflicto racial, se añaden a una gran cantidad de factores, que, juntos determinan el curso de la patología.

[De tal forma que], tradicionalmente, las causas en psicopatología se dividen en factores predisponentes y precipitantes.

Los factores predisponentes son condiciones contribuyentes que no suelen ser ni necesarias ni suficientes para ocasionar el trastorno, pero que son la base de su desarrollo (...); fijan la etapa en la que aparecerá la patología. Factores como la herencia, el status socioeconómico, la atmósfera familiar y los hábitos aprendidos como respuesta a experiencias traumáticas tempranas.

Si bien no es posible trazar una línea clara que separe las causas predisponentes y precipitantes (...) los factores precipitantes se refieren a acontecimientos claramente delimitados que se dan poco antes del inicio de la manifestación patológica. Estos factores (...) aceleran la aparición de una disposición patológica (...) desencadenan la expresión de factores disposicionales establecidos (...) la muerte de un ser querido, una enfermedad física grave, la ruptura de un compromiso, etc. (pp.85, 86).

No hay una sola causa que provoque un desorden psicológico para determinarlo. A nivel clínico es prácticamente obligado hacer un análisis de coyuntura, es decir, utilizar diversos enfoques (social, biológico, cognitivo, emocional) en relación con la historia del paciente⁷.

⁶ También es importante mencionar que existe la fase prodrómica en la cual, una persona que, a la postre desarrollara una esquizofrenia, previamente mostrará comportamientos extraños dentro de su contexto cultural.

⁷ Vida social, vida familiar, vida sexual, etc.

2.1.4 Dificultades asociadas a los trastornos de personalidad.

Por otro lado, así como no resulta posible determinar una causa única para los trastornos, parece ser que definir el trastorno de la personalidad es, a su vez, no fácil de hacer. Si se tiene un diagnóstico de trastorno dependiente, entonces ¿qué sucede cuando este trastorno muestra además conductas de evitación?

Si se ha diagnosticado ya a un paciente como trastorno disocial, pero muestra conductas también como trastorno narcisista ¿cuál sería la definición del trastorno? Ciertamente, puede hablarse de una comorbilidad, sin embargo, este recurso no define el trastorno de la personalidad como tal.

Por tales razones resulta poco fácil decir una definición exacta del término desorden de la personalidad o trastorno de la personalidad. Kantor, en 1992, plantea todavía la pregunta:

¿Qué es entonces un desorden de la personalidad? La definición requiere de elaboración y la elaboración puede obscurecer la unión detectada que subyace el concepto bajo profundización y la ampliación del concepto, de hecho hacen lo contrario (...) Mucho del comportamiento con desorden de personalidad es tentativo, desorganizado, multifacético, o paradójico (...) Una mezcla de motivaciones producen una mezcla de personalidades. De vez en cuando, las fuerzas irruptivas del instinto, las fuerzas moderadoras del yo, las fuerzas con el fin de alentar o desalentar del superyó, y de la misma forma las fuerzas que alientan y desalientan de la sociedad se combinan para producir una estructura tan limpiamente forjada que es inmediatamente reconocible como un fundamental desorden de personalidad (...) Los comportamientos o tratos que constituyen el desorden de personalidad pueden, de hecho ir y venir, alterando, mientras crecen y decrecen, la complejidad del desorden de personalidad manifiesta. (pp.1.2).

Caballo (2004) dice que:

Podemos hablar de la personalidad como una mezcla de factores temperamentales (determinados por la biología) y caracterológicos (determinados por el ambiente).

Además el autor cita otros autores (p.ej.; Costa y McCrae, 1985) hablan de cinco grandes factores temperamentales de la personalidad (...)

- 1.- Neuroticismo. Tendencia al malestar psicológico y a la conducta impulsiva.
- 2.- Extraversión. Tendencia a implicarse en situaciones sociales y a sentir alegría y optimismo.
- 3.- Apertura a la experiencia. Curiosidad, receptividad a las nuevas ideas y expresividad emocional.
- 4.- Amabilidad. Grado en que se muestra compasión y hostilidad hacia los demás.
- 5.- Responsabilidad. Grado de organización y compromiso con los objetivos personales.

El carácter se refiere a factores psicosociales, aprendidos (...) se forma a lo largo de la experiencia y del proceso de socialización. Los esquemas se encontrarían dentro del concepto de carácter, al ser algo aprendido, generalmente, durante la infancia. El carácter (...) ha sido habitualmente (...) lo que ha constituido el objetivo de tratamiento para las distintas terapias dirigidas a la modificación de los TP. (pp.27,28).

Actualmente los trastornos de la personalidad se encuentran incluidos en las últimas ediciones de las dos principales clasificaciones nosológicas de los trastornos mentales, el DSM (DSM-IV-TR, APA, 2000) y la CIE (CIE-10, OMS, 1992).

Caballo (2004) hace mención que el DSM-III (APA, 1980) realizó varios cambios relevantes en la conceptualización y clasificación de los trastornos de la personalidad. Añade que se apartó de la orientación psicoanalítica y buscó un enfoque atóxico y descriptivo⁸. Agrega que se añadieron criterios diagnósticos específicos y los trastornos de la personalidad fueron emplazados en un eje separado (el Eje II) para subrayar la importancia de su diagnóstico.

2.2 Trastorno límite de la personalidad⁹.

2.2.1 Descripción general.

Uno puede preguntarse [¿Qué es un border y por qué se nombra así?] Históricamente, y desde una primera perspectiva psicoanalítica (Stern, 1938/1986) la gente con el trastorno eran teorizados por estar sobre el límite -el borderline- entre la neurosis y la psicosis, reflejando la naturaleza severa del síndrome (citado por Segal et al, 2006, p.67).

Los autores prosiguen mencionando que en el DSM original (American Psychiatric Association, 1952), *“el concepto de la psicopatología borderline fue oficialmente nombrada “personalidad emocionalmente inestable”, la cual, en nuestra estimación es una descripción más exacta de rasgo base de la psicopatología (...) que el actual nombre desorden de la personalidad borderline”*.

El desorden de la personalidad borderline se caracteriza por una extrema inestabilidad en relaciones interpersonales, la autoimagen, comportamientos y emociones. Quienes lo padecen son, también, extremadamente impulsivos (...) usualmente resulta en riesgos altos, peligrosos y comportamientos autodestructivos, tales como abuso de sustancias, promiscuidad sexual, manejar de forma imprudente, compras compulsivas, hurtar en tiendas,

⁸ Este dato que proporciona el autor es importante, pues esto sugiere que la APA siguió el ejemplo (hipotéticamente hablando) de la clínica francesa del siglo XIX en describir el fenómeno como se presenta.

⁹ A una persona con este trastorno suele ser indistinto llamarle paciente limítrofe, límite, border (borderline) y con menos frecuencia fronterizo. Por lo que, un autor y otro se refieren al mismo trastorno de una u otra forma.

juego, comer de forma rápida, automutilación (ej., cortándose a sí mismo, pero sin el intento de matarse) y amenazas suicidas.

Las personas con desorden de la personalidad borderline seguido se sienten crónicamente aburridos o vacíos y son percibidos por otros como manipulativos, volubles, demandantes y exasperantes. (p.68).

2.2.2 Dificultades relacionadas al trastorno límite de la personalidad.

La realidad clínica de los trastornos límite de la personalidad (...) condiciona el enfoque terapéutico (...) encontramos que en la clínica diaria los TLP son entidades clínicas de difícil diagnóstico, incluso muchas veces no se diagnostican o se diagnostican mal, sea por falta de tiempo, por desconocimiento o por desinterés (...) existe un cierto abandono y dejación hacia esta patología, los pacientes son difíciles e insufribles, molestos para los psiquiatras (...) parte de estos pacientes hace que con frecuencia el diagnóstico de TLP conlleve la etiqueta de intratable. (Larrosa y Urdaniz, 2003, pp.162,163).

La entrevista clínica es el instrumento más eficaz para un correcto diagnóstico del trastorno Límite de la personalidad; a decir de Larrosa y Urdaniz (2003) se podría decir que es imprescindible que el profesional esté mentalizado en buscar este diagnóstico. En la actualidad, señalan, que los instrumentos diagnósticos para evaluar los trastornos de la personalidad se han incrementado en número y también en especificidad. De cualquier manera, aclaran ellos, todavía se está lejos de alcanzar métodos de evaluación que sean plenamente satisfactorios. La propia complejidad de los trastornos de la personalidad hace aventurado afirmar que lo que se conoce de los trastornos de la personalidad es aún escaso y poco preciso. (p.144).

Las entrevistas estructuradas son en la actualidad los instrumentos más utilizados, su prolongado tiempo de administración y la necesidad de ser realizadas por personal especializado o entrenado dificulta su uso generalizado. A pesar de estas dificultades son, hoy por hoy, la forma más idónea de evaluar los trastornos de la personalidad (Op.cit, 2003, p.146).

Los autores afirman que han sido elaborados cuestionarios con el fin de diagnosticar un único trastorno, por ejemplo mencionan acerca de una entrevista diagnóstica para el trastorno límite (DIB-R).

Contrario a lo antes mencionado, Coderch (1991) asume una postura mucho más profunda con relación al paciente fronterizo y su diagnóstico, pues afirma:

...más allá de la presentación clínica superficial, constituye un grupo homogéneo caracterizado por el desarrollo, en las primeras etapas de la infancia de una deficiente y distorsionada relación de objeto que más adelante puede ser reproducida y estudiada en la transferencia analítica. Naturalmente, esto equivale a decir que el término "fronterizo" designa no un diagnóstico sintomático, sino estructural y que, por tanto, este diagnóstico no puede realizarse por el simple estudio de los síntomas, sino únicamente mediante la

comprensión de las relaciones transferenciales establecidas en el tratamiento psicoanalítico o en una psicoterapia psicoanalíticamente orientada. (p.339).

Esto quiere decir que a un nivel estructural, el paciente límite no percibe las necesidades del otro porque este no significa un individuo con sus propias cualidades, sino que es percibido con las cualidades que el paciente fronterizo le ha atribuido:

A. Modell utiliza, para aclarar esta forma de relación, el concepto de “objeto transicional, introducido por D. W. Winnicott, el cual lo aplica a las relaciones del niño con los objetos inanimados. A. Modell lo emplea para designar las relaciones del niño con objetos humanos. La relación transicional se puede observar en la transferencia analítica de estos enfermos, en el sentido de que el analista es percibido como un objeto externo al *self*, pero no reconocido como un individuo separado, sino investido casi totalmente con las cualidades que le proyecta el paciente. (Coderch, 1991, p. 341).

La dificultad que presenta el trastorno de personalidad límite pone de relieve dos maneras de llegar a la concepción de un trastorno:

- a) mediante la descripción de los síntomas para llegar al “qué”.
- b) Mediante el análisis de las causas y los procesos y así determinar el “qué”.

Algunas veces basta con tener un dato como que un paciente se ha cortado en más de una ocasión sin intención de suicidio para decir que se trata de un trastorno límite, pero otras veces esto no se manifiesta, por lo que un análisis que haga evidente, por ejemplo; la tendencia a idealizar a otro (persona) o la confirmación de un vacío emocional más una historia de relaciones de pareja múltiples y de corta duración y/o de corto intervalo de tiempo entre una y otra relación; puede emitir con sustento este diagnóstico.

Actualmente, no se podría tomar una vertiente u otra en particular. La combinación de ambas, incluso la cooperación entre ellas puede dar una mayor certeza sobre el trastorno límite u otros trastornos.

El DSM-IV-TR menciona que existe una mayor incidencia en mujeres de ser diagnosticadas con el trastorno límite de la personalidad que los hombres, alrededor de un 75%. Los sujetos detectados en centros ambulatorios de salud mental representan el 10%.

2.2.3 Lista de criterios diagnósticos para el trastorno Límite.

El DSM-IV-TR (2002) tipifica los siguientes criterios diagnósticos.

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

Criterios para el diagnóstico de F60.31 Trastorno límite de la personalidad.

(1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado¹⁰.

(2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

(3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.

(4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida)¹¹.

(5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

(6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).

(7) Sentimientos crónicos de vacío.

(8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

(9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

(DSM-IV-TR, 2002. pp. 794-795).

¹⁰ No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.

¹¹ No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.

2.3 Trastorno de personalidad dependiente.

2.3.1 Descripción general.

En los escritos de los psiquiatras del siglo XIX, la pasividad, la ineficacia y la docilidad excesiva características de estos pacientes se consideraban déficits del desarrollo moral (...) se empleaban expresiones tales como “inútil”, “de voluntad débil” y “degenerado” (...) la personalidad abiertamente dependiente no tuvo su propio diagnóstico como tipo en casi ninguno de los primeros sistemas de clasificación.

Una perspectiva muy diferente adoptaron (...) tanto Freud como Abraham atribuyeron el carácter “oral pasivo” a la indulgencia excesiva o a la privación en la etapa oral (...). (Beck et al, 2005, p.307).

La noción de trastorno de personalidad por dependencia (...) es reciente, a pesar de que Kraepelin (1913) ya describió una personalidad “incapaz” (...) Schneider (1958) hablaba de voluntad débil, y Abraham (1927) y Fenichel (1945), desde la óptica psicoanalítica, describieron los sujetos con “personalidad oral” como especialmente poco determinados, proclives a las influencias externas y constantemente en búsqueda de figuras capaces de restablecer el ambiente seguro ofrecido por la madre durante el amamantamiento. (Semerari et al, 2008, p.322)

El antecedente de la categorización diagnóstica de los tipos de personalidad pasivo-agresiva y dependiente fue la categoría (empleada durante la Segunda Guerra Mundial) de “reacción inmadura”, definida como “un tipo neurótico de reacción a las tensiones militares de rutina (...) se manifiesta como desamparo o respuestas inadecuadas, pasividad, obstruccionismo o estallidos agresivos” (Anderson, 1966, pág. 756). (citado por Beck et al, 2005, p.307).

Beck continúa señalando que:

La personalidad dependiente solo apareció mencionada brevemente en el DSM-I (American Psychiatric Association, 1952) como subtipo pasivo-dependiente del trastorno pasivo-agresivo, caracterizado por un aferramiento inadecuado frente a la frustración ambiental. La personalidad dependiente era ignorada totalmente en el DSM-II (American Psychiatric Association, 1968); la categoría más próxima era el trastorno personal por inadecuación, caracterizado por “respuestas ineficaces a las exigencias emocionales, sociales, intelectuales y físicas. El paciente no parece ni física ni mentalmente deficiente, pero pone de manifiesto inadaptabilidad, ineptitud, juicio pobre, inestabilidad social y falta de vigor físico y emocional (pág. 44)” (Citado por Beck et al, 2005)

Empleando las polaridades clásicas de activo/pasivo, placer/dolor y sí-mismo/otro, Millon (1969) derivó un sistema clasificatorio con ocho tipos básicos de personalidad. La pauta pasivo-dependiente (...) supone búsqueda de placer y evitación del dolor con espera pasiva de que otras personas proporcionen refuerzo (...) amplió esta categoría en varios ensayos sucesivos, hasta llegar al TPD tal como apareció por primera vez en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). (Op.cit, 2005, p.307).

Sin embargo, y respecto al año de inclusión del trastorno de personalidad dependiente como tal se conoce en la actualidad, en el 2008, Semerari y otros afirman, que “*en el DSM-III (APA, 1987) el trastorno de personalidad por dependencia se consideraba una entidad nosográfica autónoma...*” (p.323).

2.3.2 Dificultades relacionadas al trastorno de personalidad por dependencia.

Aún siendo uno de los trastornos más frecuentes del Eje II, el trastorno de la personalidad por dependencia queda relativamente desatendido por la investigación clínica (...)

La baja especificidad de los síntomas y la escasez de problemas en la relación terapéutica (...) en las fases iniciales, a veces dificultan el diagnóstico diferencial, y muchas de sus características psicopatológicas acaban siendo atribuidas a los trastornos comórbidos más frecuentes del trastorno de la personalidad por dependencia. (Semerari et al, 2008, p.322).

Otra manera en la que puede quedar desatendido este trastorno es cuando hay hijos de por medio y una pareja agresiva. Identificar esta situación en un servicio de salud mental puede diversificar, incluso hasta desviar el problema de personalidad hacia términos legales como es la violencia de género y la necesaria evaluación psicológica para con los hijos pequeños.

Aunque el manual DSM-IV-TR no menciona un porcentaje de prevalencia para este trastorno, sí afirma que es uno de los padecimientos más encontrados en las clínicas de salud mental. Este trastorno se ha diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres; sin embargo, dicho manual menciona que algunos estudios que han utilizado evaluaciones estructuradas no han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres.

2.3.3 Lista de criterios diagnósticos para el trastorno por dependencia.

El DSM-IV-TR (2002) tipifica este trastorno en base a “*una necesidad excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems*”:

Criterios diagnósticos de F 60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia.
(1) Tiene dificultades para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo consejo y reafirmación por parte de los demás.
(2) Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales áreas de su

vida.
(3) Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación ¹² .
(4) Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o energía).
(5) Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables
(6) Se siente in cómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
(7) Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.
(8) Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

(DSM-IV-TR, 2002, p. 811).

2.4 Trastornos de la infancia a la adolescencia.

A continuación se menciona una serie de trastornos que pueden ser identificados por vez primera en la etapa de la niñez o adolescencia; sin embargo, en el DSM-IV-TR se aclara que estos trastornos no implican que únicamente sean diagnosticados en niños o adolescentes, sino en adultos también; esta observación es la misma en relación a los trastornos de personalidad ya mencionados en esta investigación, en que es posible que un niño tenga un trastorno de la personalidad.

El retraso mental caracterizado por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio

¹² No se incluyen los temores o la retribución realistas.

anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa. Se presentan códigos separados para **retraso mental leve, moderado, grave y profundo**, así como para **retraso mental de gravedad no especificada**. **Trastornos del aprendizaje**. Estos trastornos se caracterizan por un rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto, la medición de su inteligencia y una enseñanza apropiada a su edad. Los trastornos específicos incluidos en este apartado son: **trastorno de la lectura, trastorno del cálculo, trastorno de la expresión escrita y trastorno del aprendizaje no especificado**.

Trastorno de las habilidades motoras. Incluye el **trastorno del desarrollo de la coordinación**, caracterizado por una coordinación motora que se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto y la medición de la inteligencia.

Trastornos de la comunicación. Estos trastornos se caracterizan por deficiencias del habla o el lenguaje, e incluyen **trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivoexpresivo, trastorno fonológico, tartamudeo y trastorno de la comunicación no especificado**.

Trastornos generalizados del desarrollo. Estos trastornos se caracterizan por déficit graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Los trastornos específicos incluidos en este apartado son **trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado**.

Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. Este apartado incluye el **trastorno por déficit de atención con hiperactividad**, que se caracteriza por síntomas manifiestos de desatención y/o de impulsividad-hiperactividad. Se presentan subtipos para especificar la presentación del síntoma predominante: **tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo y tipo combinado**. También se incluyen en este apartado los trastornos de comportamientos perturbadores: el **trastorno disocial** se caracteriza por un patrón comportamental que viola los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales propias de la edad del sujeto; el **trastorno negativista desafiante** se caracteriza por un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante. Este apartado incluye asimismo dos categorías no especificadas: **trastorno por déficit de**

atención con hiperactividad no especificado y trastorno de comportamiento perturbador no especificado.

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentarias de la infancia o la niñez. Estos trastornos se caracterizan por alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. Los trastornos específicos incluidos aquí son: **pica, trastorno de rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.**

Trastornos de tics. Estos trastornos se caracterizan por tics vocales y/o motores. Se han incluido los siguientes trastornos específicos: **trastorno de la Tourette, trastorno de tics motores o vocales crónicos, trastorno de tics transitorios y trastorno de tics no especificado.**

Trastornos de la eliminación. Se incluye la **encopresis**, la deposición repetida de heces en lugares inadecuados, y la **enuresis**, la emisión repetida de orina en lugares inadecuados.

Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia. Este grupo se dedica a trastornos no incluidos en los anteriormente citados. El **trastorno de ansiedad por separación** se caracteriza por una ansiedad excesiva e inadecuada desde el punto de vista evolutivo concerniente a la separación respecto del hogar o de las personas con quienes el niño está vinculado. El **mutismo selectivo** se caracteriza por una persistente incapacidad para hablar en situaciones sociales específicas a pesar de que el niño hable en otras situaciones. El **trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez** se caracteriza por una relación social manifiestamente alterada e inadecuada evolutivamente, que se produce en la mayor parte de los contextos y se asocia a una crianza claramente patógena. El **trastorno de movimientos estereotipados** se caracteriza por un comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo, y no funcional, que interfiere marcadamente las actividades normales y, a veces, puede dar lugar a lesiones corporales. El **trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado** es una categoría residual para codificar trastornos que tienen su inicio durante la infancia, la niñez o la adolescencia y que no cumplen los criterios de ningún o trastorno específico de esta clasificación.

En seguida se retoma el trastorno disocial, ya que es el trastorno de la infancia y la adolescencia que con frecuencia se identificó en ambas instituciones de salud pública

2.4.1 Trastorno disocial.

2.4.2 Descripción general.

Hay psicópatas caracteriales (...) personalidades que por sus actitudes inadecuadas suelen promover conflictos consigo mismo o con los demás (...) desde los querellantes, los fantásticos y los necesitados de estimación, hasta los (...) criminales, perversos, delincuentes, etc. (...)

La asociación Psiquiátrica Americana (1939) habla de perversos morales (...) cuando establece su clasificación de las referidas personalidades anormales (...)

Hay psicópatas caracteriales (...) que a pesar de su marcada proclividad a entrar en conflicto consigo mismo y con los demás, no puede tildárseles de sociópatas, pudiendo, ser, por el contrario, personas encomiables desde el punto de vista social (...) por su carácter hereditario Curran y Mallinson propusieron el término de personalidades vulnerables para designarlos (...) La Asociación Psiquiátrica Americana, en 1946 (...) señalaron un grupo de personalidades anormales que se singularizan por la inadecuación de su carácter (las llaman personalidades inadecuadas)...

Otros autores (...) habían descrito diversos casos de psicópatas caracteriales. Kraepelin describió, entre ellos, a los mentirosos y farsantes¹³, a los pseudoquerellantes y a los obsesivos. Koch (...) a los fantásticos, susceptibles, justicieros, reformadores y orgullosos¹⁴; Schneider, a los necesitados de estimación y a los inseguros; Homburger, a los fantásticos, afanosos de estimación, sensitivos y dominadores (Herrera, 1972, pp.7, 8, 9).

Es normal romper las reglas ocasionalmente (...) pero algunas personas nunca aprenden. Desde la infancia y en adelante, se rebelan contra cada tipo de regulación y expectativa (...) a pesar de todas las sanciones- el castigo de los padres, ostracismo, fracaso o la cárcel- ellos permanecen estancados en una ruta de mal comportamiento, una ruta en la que se pasan años cavando sin una segunda alternativa. Su resistencia a la autoridad y las normas se convierte en la fuerza dominante en sus vidas, seguido condenándolos y a sus familias a la pobreza, soledad, adicción y desesperación (...)

Cuando el mal comportamiento es persistente, repetitivo y desmedido un diagnóstico de desorden de conducta puede estarse confirmando. Los adultos diagnosticados con ASP¹⁵ deben tener una historia de desorden de conducta, aun cuando no haya sido diagnosticado en la infancia. (Black, 1999, pp.35, 36).

El término “personalidad psicopática”, tan incómodo etimológicamente en su uso actual, era una elección apropiada cuando se introdujo por primera vez en los avanzados 1800’s (...) albergaba un amplio grupo de patologías del comportamiento sugerentes de psicopatología, pero inclasificables en alguna de las categorías de desorden mental que había. En 1930, Partridge revisó esa literatura e identificó un subgrupo cuya dificultad (o rechazo) a

¹³ Este es un rasgo muy común de este trastorno.

¹⁴ Estos son rasgos muy particulares dentro de la clase política.

¹⁵ Trastorno de la personalidad antisocial.

adaptarse a las demandas de la sociedad es el síntoma patognomónico¹⁶, y él nombró este desorden “personalidad sociopática” (...) (Patrick, 2006, p.3).

El trastorno disocial suele asociarse a un inicio temprano de la actividad sexual, beber, fumar, consumir sustancias ilegales e incurrir en actos temerarios y peligrosos. El consumo de sustancias ilegales puede incrementar el riesgo de persistencia del trastorno disocial. El DSM-IV dice que *“los comportamientos propios del trastorno disocial pueden dar lugar a suspensiones o expulsiones escolares, problemas en la adaptación laboral, conflictos legales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y lesiones físicas producidas en accidentes o peleas”*. (DSM-IV-TR, 2002, p.110).

2.4.3 Dificultades relacionadas al trastorno disocial.

El diagnóstico se basaba algunas veces sobre elevadas inferencias subjetivas acerca de los impulsos inconscientes del paciente y motivaciones o sobre observaciones asistemáticas, incluso extravagantes observaciones acumuladas sobre años de práctica (...)

Un chico que es relativamente falto de miedo o inusualmente impulsivo o dado a intensos ataques de ira, por ejemplo, puede ser demasiado difícil para los padres promedio controlarlos (...)

El más amplio y más importante genero de la familia APD consiste en aquéllas personas a quienes llamo sociópatas¹⁷ (...) porque sus padres actuales fueron incompetentes y/o no sociables, como sea, es posible que los sociópatas no solo hayan sido carentes de entrenamiento, rechazados o abusados, sino también haber heredado algunos de los mismos problemas de temperamento que dejaron a sus padres atrapados en los nefastos confines de la clase baja familiar (Patrick, 2006, pp.3, 4).

Los sujetos con trastorno disocial pueden tener escasa empatía y poca preocupación por los sentimientos, los deseos y el bienestar de los otros como así se registra en el DSM-IV-TR (2002). *“Especialmente en situaciones ambiguas, los sujetos agresivos afectos de este trastorno frecuentemente perciben mal las intenciones de los otros, interpretándolas como más hostiles y amenazadoras de lo que lo son en realidad, respondiendo con agresiones que en tal caso consideran razonables y justificadas”*.

Se añade también que *“sujetos con este tipo de trastorno pueden ser insensibles, careciendo de sentimientos apropiados de culpa o remordimiento. Los sujetos con trastorno disocial pueden estar dispuestos a dar informaciones acerca de sus compañeros e intentan acusar a otros de sus propias fechorías”*. (Op.cit, pp.109, 110).

Patrick (2006) ha sido enfático en señalar y mostrar (según él) que el DSM-IV no tiene un nivel confiable para diagnosticar los casos relacionados al trastorno disocial, menciona y cita a varios autores que han demostrado y comprobado la inviabilidad de

¹⁶ Característico de la enfermedad, denota un factor que lo distingue de otras enfermedades.

¹⁷ El autor pone a parte al psicópata porque considera que lo primordial en este es una peculiaridad genética.

los criterios diagnósticos en dicho manual, porque no se incluyen elementos o factores esenciales propios de una psicopatía.

“...la razón de la diferencia (Kazdin, 1997) entre problemas de conducta y la psicopatía tiene un gran problema que resolver en relación a considerar el afecto, la relación interpersonal y tal vez, la motivación...” (p.390). Por lo que tales elementos no son considerados dentro de los criterios diagnósticos del trastorno disocial del DSM-IV.

“El modelo de psicopatía de Cleckley podría ser un diagnóstico que se aproxima a una mayor especificidad para designar un tipo especial de conducta problema en la juventud”. (p.391). Algunos criterios de este modelo que se diferencian de los criterios del DSM-IV son Pobreza general de afecto en la mayoría de las reacciones; No responde o retroalimenta en las relaciones interpersonales; fracasa en seguir un plan de vida, etc.

El autor, también ha citado a autores como Forth, Kossom quienes han encontrado que de un grupo de adolescentes infractores evaluados bajo los criterios del DSM-IV, el 97% eran disociales, pero menos del 30% de ellos mismos tenían una psicopatía que se confirmó mediante una lista de cotejo (PCL:YV) elaborada por aquellos autores en el 2003.

No es interés de esta investigación restar confiabilidad al DSM-IV, sino poner en perspectiva las problemáticas que aún en la actualidad se discuten para la explicación de los trastornos. Por lo que la referencia principal para describir las características del trastorno disocial son tomadas del mismo manual diagnóstico mencionado.

El DSM-IV-TR señala que los varones con este trastorno muestran una mayor tendencia de agredir y robar a otros. Las mujeres con este trastorno no suelen confrontar, sino incurrir en mentiras, inasistencias en la escuela y otras violaciones de las normas. Hay mayor prevalencia de varones en la edad infantil quienes presentan este trastorno; a su vez es uno de los más frecuentemente diagnosticados en centros de salud mental para niños.

2.4.4 Lista de criterios para el trastorno disocial.

Criterios para el diagnóstico F 91.8 Trastorno disocial.
<p>A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamientos en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad manifestándose por la presencia de tres o más de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses.</p> <p>Agresión a personas y animales.</p> <ol style="list-style-type: none">1.- A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.2.- A menudo inicia peleas físicas.3.- Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).4.- Ha manifestado crueldad física con las personas.5.- Ha manifestado crueldad física con animales.6.- Ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej. Ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada).7.- Ha forzado a alguien a una actividad sexual.
<p>Destrucción de la propiedad.</p> <ol style="list-style-type: none">8.- Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de provocar daños graves.9.- Ha destruido deliberadamente las propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).
<p>Fraudulencia o robo.</p> <ol style="list-style-type: none">10.- Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.11.- A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (tima a otros).12.- Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej. Robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones).
<p>Violaciones graves de normas.</p> <ol style="list-style-type: none">13.- A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.14.- Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo).15.- Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad. <p>B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.</p> <p>C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.</p>

(DSM-IV-TR, 2002, pp. 113-115).

2.5 Trastornos del estado de ánimo.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos dentro del manual DSM-IV-TR en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Los trastornos bipolares (p. ej., trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

El **trastorno depresivo mayor** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El **trastorno distímico** se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El **trastorno depresivo no especificado** se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

El **trastorno bipolar I** se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El **trastorno bipolar II** se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

El **trastorno ciclotímico** se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El **trastorno bipolar no especificado** se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos

bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

El **trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias** se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

El **trastorno del estado de ánimo no especificado** se incluye en el DSM-IV-TR para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej., una agitación aguda).

A continuación se especifican aspectos relacionados con la distimia por ser este trastorno del estado de ánimo que frecuentemente se presentó tanto en el CF-17 DIF como en el Centro de Salud Roviroso.

2.5.1 Distimia.

2.5.2 Descripción general.

Antes de 1980, la depresión crónica se consideraba un trastorno de personalidad tanto en el DSM-I (APA, 1952) como en el DSM-II (APA, 1968). Esta perspectiva comenzó a cambiar con la publicación del DSM-III (APA, 1980), cuando se introdujo la distimia dentro del Eje I como trastorno afectivo crónico. (McCullough, 2003).

“El campo está reconociendo lentamente que hasta fechas muy recientes, las depresiones crónicas se diagnosticaban de manera errónea, se habían estudiado poco y se habían tratado de manera deficiente (Harrison y Stewart, 1993; Keller y Hanks, 1994; McCullough et al., 1996)” (Op.cit, 2003, p.9).

La distimia es una forma prolongada de depresión leve caracterizada por una perspectiva persistentemente sombría. El término tiene su origen en los griegos, que creían que el timo era la raíz de todas las emociones. De aquí, *dis*, que significa “malo”, y *timia*, que denota “un trastorno de la mente” (Kramlinger, 2001, pp.50, 51).

Las primeras interpretaciones naturales sobre la depresión se remontan al siglo IV antes de Cristo (...) maestros griegos como Hipócrates (...) atribuían el origen de la enfermedad a cambios en la composición y distribución de los líquidos y vapores (humores) del cuerpo (...) escribían: "...la bilis negra alcanza su mayor cantidad y fuerza en el otoño y entre los 25 y 42 años..." (...)

A Sorato de Efeso le había llamado la atención la prevalencia de síntomas digestivos que, como ocurrió siempre a través de los siglos, ha presentado el enfermo con depresión y ubicó la dolencia en el tubo digestivo. (Suárez, 2009, p.18).

La distimia dura (...) por lo menos dos años y algunas veces más de cinco años. Generalmente no es incapacitante, y los periodos de distimia pueden alternar con intervalos breves normales. La distimia puede interferir con su trabajo y su vida social (...) muchas personas con este trastorno se aíslan socialmente y son menos productivas. Tiene un riesgo mayor de desarrollar depresión mayor si tiene distimia (...)

Algunas personas con distimia recuerdan haber tenido sentimientos de depresión en la infancia o adolescencia. Algunas (...) desarrollan distimia después de los 50 años de edad, muchas veces después de una enfermedad (...) 75% de las personas con distimia tienen otros problemas de salud. (Op.cit, 2001, pp.50, 51).

El patrón de pensamientos que una persona con distimia suele tener es con un énfasis puesto sobre los aspectos incómodos e incluso destructivos de las cosas. Las situaciones, por más comunes que puedan parecer, suelen ser vistas por este tipo de pacientes desde una perspectiva negativa.

McCullough (2003) hace notar que la distimia, en tanto que es un padecimiento crónico ha resultado de difícil tratamiento, a su vez, cita a varios autores como sigue:

Hace algunos años, Akiskal y colaboradores (1980) señalaron la creencia general entre los clínicos de que la depresión crónica no responde favorablemente a la farmacoterapia o la psicoterapia (...) Keller (1990) describió los trastornos crónicos como "resistentes al tratamiento" (...) se ha acumulado evidencia considerable que sustenta estos puntos de vista (...) el pronóstico no es favorable para los pacientes que tienen un padecimiento distímico preexistente (Keller y Shapiro, 1982, 1984; Keller, Lavori, Endicott, Coryell y Klerman, 1983, Keller, Lavori, Lewis y Klerman, 1983); de hecho, los pacientes distímicos tienen un riesgo de 90% de sufrir uno o más episodios de depresión mayor durante su vida (Keller, 1988). (p.9).

No obstante, los pacientes con una depresión crónica han sido los mayores usuarios del Sistema de Cuidados Médicos Generales en E.U. "*A pesar del bajo nivel de gravedad de su sintomatología, su sufrimiento y discapacidad es mayor que las condiciones físicas crónicas (Wells et al., 1989)*" (Citado por Feighner y Boyern, 1992, p.150).

2.5.3 Dificultades relacionadas con la distimia

El trastorno distímico puede ir asociado a los trastornos de la personalidad límite, histriónico, narcisista, por evitación y por dependencia (DSM-IV-TR, 2002). Sin embargo, la valoración de las características de los trastornos de la personalidad en estos sujetos es difícil, porque los síntomas crónicos del estado de ánimo pueden contribuir a los problemas interpersonales o estar asociados a una percepción de sí mismos distorsionada.

Diferenciar el trastorno distímico del trastorno depresivo mayor puede ser confuso debido al parecido que ambos trastornos presentan respecto a su sintomatología. A su vez y tomando en cuenta que se identifiquen las diferencias entre un trastorno por distimia y un trastorno por depresión mayor; la evaluación a nivel cronológico debe precisar el orden de aparición de posibles episodios de depresión mayor, ya sea para descartar la distimia como diagnóstico, así dar prioridad a un trastorno depresivo crónico o en remisión parcial o para concluir una depresión doble.

Por otro lado, dado que este padecimiento permite llevar hasta cierto punto una vida “normal” por años, es posible que la detección de la alteración misma, que es en sí el estado de ánimo, sea complicada. *“Es fácil que el observador externo no valore el costo de la distimia”* (Elkin, 2000, p.80).

La psicoterapia por sí sola es de poca eficacia para tratar la distimia (...) la mayoría de los clínicos concuerda en que la distimia requiere un período de tratamiento con antidepresivos más prolongado que los episodios de depresión mayor, probablemente de más de un año (...)

Lo que podría ser un trastorno eminentemente reversible a los 25 años de edad es mucho más difícil de modificar 20 años más tarde. (Op.cit, p.80)

El DSM-IV-TR señala que este trastorno depresivo se presenta sin distinción de sexo en edades tempranas, sin embargo, hay mayor afectación de este padecimiento en la edad adulta en mujeres que en hombres.

2.5.4 Lista de criterios para el trastorno distímico.

El manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM-IV-TR, 2002) presenta una lista de criterios para diagnosticar la distimia, mismos que se presentan a continuación:

Criterios para el diagnóstico de F 34.1 Trastorno distímico.
A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.
B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas: 1.- pérdida o aumento de apetito.

- 2.- insomnio e hipersomnia.
 - 3.- falta de energía o fatiga.
 - 4.- baja autoestima.
 - 5.- dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
 - 6.- sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el periodo de dos años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años de alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor en remisión parcial.

(DSM-IV-TR, 2002, pp. 426-427).

2.6 PSICOSIS.

Históricamente, el término psicótico ha sido definido de varias formas distintas, ninguna de las cuales ha sido universalmente aceptada. La definición más restrictiva del término psicótico se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría las alucinaciones manifiestas que son reconocidas como experiencias alucinatorias por el sujeto.

Aún más amplia es la definición que incluye otros síntomas positivos de la esquizofrenia (p. ej., lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Al contrario que estas definiciones basadas en síntomas, la definición utilizada en anteriores clasificaciones (p. ej., DSM-II y CIE-9) era probablemente demasiado amplia y se centraba en la gravedad del deterioro funcional, de forma que un trastorno mental se denomina psicótico si ocasionaba un deterioro que interfería en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida. Finalmente, el término se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad. Los distintos trastornos de esta sección ponen énfasis en diferentes aspectos de las varias definiciones del término psicótico. En la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve, el término psicótico se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico. En el trastorno psicótico debido a una

enfermedad médica y en el trastorno psicótico inducido por sustancias, psicótico se refiere a las ideas delirantes o únicamente a aquellas alucinaciones en las que no hay conciencia de patología. Finalmente, en el trastorno delirante y en el trastorno psicótico compartido, psicótico es equivalente a delirante.

El manual DSM-IV incluye una sección donde se incluyen los siguientes trastornos:

La **esquizofrenia** es una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). También se incluyen en esta sección las definiciones para los subtipos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual).

El **trastorno esquizofreniforme** se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia, excepto por la duración (p. ej., la alteración dura 1 a 6 meses) y por la ausencia del requerimiento de que exista un deterioro funcional.

El **trastorno esquizoafectivo** es una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia, y está precedida o seguida por al menos 2 semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo.

El **trastorno delirante** se caracteriza por al menos 1 mes de ideas delirantes no extrañas sin otros síntomas de la fase activa de la esquizofrenia.

El **trastorno psicótico breve** es una alteración psicótica que dura más de 1 día y que remite antes de 1 mes.

El **trastorno psicótico compartido** es una alteración que se desarrolla en un sujeto que está influenciado por alguien que presenta una idea delirante de contenido similar.

En el **trastorno psicótico debido a enfermedad médica** se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica.

En el **trastorno psicótico inducido por sustancias** se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de una droga de abuso, una medicación o la exposición a un tóxico.

El **trastorno psicótico no especificado** se incluye para clasificar las presentaciones psicóticas que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos psicóticos específicos definidos en el DSM.IV, o la sintomatología psicótica acerca de la que se dispone de una información insuficiente o contradictoria.

2.7 Otros trastornos mentales.

Otros trastornos de posible padecimiento que, como se ha mencionado no hay una causa única para un trastorno específico, por lo que las carencias económicas, familias disfuncionales, vicios, lesiones de consecuencias, predisposición genética etc. pueden ocasionar padecimientos mentales.

Los demás padecimientos que se pueden mencionar; a saber del DSM-IV, son los trastornos cognoscitivos (delirium, demencia, trastornos amnésicos); trastornos mentales debido a enfermedad médica; trastornos relacionados con sustancias; trastornos de ansiedad (fobias: social, generalizada; ataque de pánico, obsesivo-compulsivo, por consumo de sustancias); trastornos somatomorfos (somatización, hipocondría, dismórfico corporal, etc); trastornos facticios (producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos); trastornos disociativos (despersonalización, desrealización); trastornos sexuales y de la identidad sexual; trastornos de la conducta alimentaria; trastornos del sueño; trastornos del control de los impulsos(tricotilomanía, onicofagia) y trastornos adaptativos.

Dada la bastedad de los trastornos mentales es obvio deducir que todas las personas sin importar la edad, el género, religión, cultura, estatus socioeconómico, preparación académica, estamos propensos a padecer una patología mental. Uno de los retos para el psicólogo clínico es poder dilucidar en la práctica los signos y síntomas más representativos para una u otra posibilidad de emitir un juicio sobre el posible padecimiento de una persona. Algunos de los trastornos mentales abordados en este capítulo se excluyen entre sí en el momento de realizar un diagnóstico diferencial, por ejemplo, el trastorno delirante excluye de la esquizofrenia o bien el trastorno de la personalidad paranoide no incluye la esquizofrenia a menos que haya sido evidentemente premórbido.

Igualmente al pronunciarse sobre un posible trastorno de la personalidad, habría que identificar si la ansiedad que manifiesta un paciente proviene de la misma personalidad rígida e inflexible, lo cual enmascara el problema de fondo, es decir, la personalidad misma o si los síntomas de ansiedad que presenta el paciente condicionan su conducta como en la ansiedad generalizada, por lo que pudiera confundirse con una trastorno de la personalidad por evitación. Por ello mismo, más de un enfoque de análisis ha de usarse para conocer a la persona y sus circunstancias personales, es decir, abordar aspectos sociales, conductuales, cognitivos, emocionales, biológicos.

Capítulo 3. Instituciones de salud pública.

3.1 Función básica de las instituciones públicas.

En este capítulo se habla, en términos generales, del papel fundamental de las instituciones y sus funciones dentro de la sociedad, a saber, de las necesidades que deben cubrir para con las familias y el individuo, principalmente en lo que se refiere al área de salud y bienestar. Posteriormente, se hace un esbozo sobre la historia de dos instituciones públicas en específico: CF-17 DIF y Centro de Salud “Gustavo A. Rovirosa Pérez”.

Ogburn (1958) define en términos generales:

Las instituciones sociales son caminos establecidos y organizados para satisfacer ciertas necesidades humanas básicas (...) las instituciones son importantes principalmente en relación con sus actividades o funciones (...) las funciones institucionales son ejecutadas por una organización de una determinada manera (...) adquiere también así, una cierta significación. (p.483).

Chinoy (1992) da un significado a la sociedad como una estructura institucional:

La sociedad no es un conjunto de instituciones; es la completa estructura de instituciones relacionadas e influyentes entre sí que distinguen a un grupo de otro y facilita los medios por los cuales los individuos organizan sus actividades comunes para enfrentar al mundo que los rodea. (p.47).

La sociedad primaria que es la familia representa en sí misma una institución que en cualquier contexto cultural se expresa como elemento fundamental para el desarrollo de un individuo.

La universalidad de la familia nuclear puede atribuirse al carácter indispensable de las funciones que cumplen y a la dificultad de que estas funciones puedan ser realizadas por otro grupo social. “En la familia nuclear se agrupan cuatro funciones fundamentales de la vida social humana: la sexual, la económica, la reproductora y la educativa (Murdock, 1949, p. 10) (Citado por Bottomore, 1989, p.167).

Kinsley y Davis (1948, p. 395) citados por Bottomore (1989) mencionan que en relación a la dinámica familiar dentro del ámbito de lo privado “*las funciones psicológicas son, esencialmente, la satisfacción de las necesidades sexuales de los cónyuges, y la necesidad de afecto y seguridad, tanto para los padres como para los hijos*” (Op.cit, p. 167).

Una institución como la familia requiere de acciones específicas para mantener un equilibrio sano entre sus elementos y su desempeño de cara al contexto social. Eventualmente, una familia o parte de ella requerirá de apoyo institucional

especializado; y uno de estos apoyos pueden ser en materia de salud mental o asistencia social.

Por otro lado, las instituciones de gobierno también requieren de acciones específicas siempre con el fin de satisfacer o contribuir con las demandas de las personas, para que éstas puedan potenciar su desarrollo.

Los recursos institucionales para satisfacer las demandas de la población deben ser planeados previamente para su posterior organización, dirección y control. Muñoz Machado (1989) citado por Turabián (1995) enlista lo siguiente:

En un sistema de salud, lo primero es la elección de unos fines, en cuya razón se delimitan un conjunto de entes que contribuirán a su consecución:

- 1.-Estado de salud.
- 2.-Estilo de vida.
- 3.-Riesgos ambientales.
- 4.-Educación para la salud.
- 5.-Prestación de atención sanitaria.
- 6.-Personal.
- 7.-Económicos.
- 8.-Efectos inducidos sobre la industria.
- 9.-Participación comunitaria.

La provisión de los servicios sanitarios se ha desarrollado históricamente a lo largo de dos ejes; un modelo ecológico y otro biomédico o biotecnológico. (pp.228, 229).

3.2 Breve historia del DIF.

En la medida en que el ser humano se ajusta menos a su entorno natural y lo modifica constantemente dados sus hábitos de consumo así como su forma de producción, también se hacen visibles los efectos de tales conductas en su salud principalmente.

López (1982) escribe:

La estructura económico-social del país es la que ejerce una determinación primaria sobre la salud y la enfermedad (...) la expresión colectiva de la salud y la enfermedad no constituye un simple reflejo mecánico de los hechos estructurales. Estos se suman a las características de la naturaleza (...) presentes en un ámbito en específico, así como la dinámica social y a los patrones culturales de ella surgidos (...)

En cada formación económico-social se generan una o varias instituciones cuyo fin es proporcionar servicios de salud que enfrenten, en mayor o menor medida, las necesidades de salud de una población determinada (...) los servicios pueden dividirse según varios

critérios. El primero (...) el que se refiere a su objeto de intervención: (...) los servicios de salud personales (...) atención individual con fines preventivos, curativos o rehabilitatorios, y los servicios de salud no personales (...) acciones de alcance colectivo destinadas a mejorar las condiciones generales de salud y de vida (...).

Además de los servicios de salud tradicionales o populares (curanderos, brujos, etc.), puede hablarse de atención profesional de la salud (...) tal es el caso (...) del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). (pp.20, 95, 99).

Este organismo tiene su antecedente más remoto en 1929, cuando se crea el programa “La Gota de Leche”, que reunía a un grupo de mujeres mexicanas que proporcionaba alimento a las niñas y niños de la periferia de la Ciudad de México . (El Siglo de Torreón “(2003, Enero, 12)” Aniversario del DIF (Documento WWW). URL <http://www.elsiglodetorreón.com.mx/noticia/16305.aniversario-del-dif.html>.)

“En los años 40 surge la Subsecretaría Especializada en la Asistencia pública que atendía a grupos sociales en desventaja”(Sistema Municipal Tehuacán (n. d/2012) Antecedentes históricos (Documento WWW). URL <http://www.dif.tehuacan.gob.mx/historia.php> “(visitado, 2012, febrero, 13).)

El 31 de enero de 1961, se crea por decreto presidencial el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), el cual tiene como función principal la distribución de desayunos escolares. Esta instancia se reestructuró en 1975 para dar paso al Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI).

Posteriormente, el 15 de julio de 1968 surgió el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN), orientado a la atención de niños huérfanos, abandonados, desvalidos, discapacitados o con ciertas enfermedades.

Finalmente con el objetivo de coordinar las acciones del IMPI y el IMAN, el 10 de enero de 1977 fue instaurado por decreto presidencial el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. (DIF Estatal-Gobierno del Estado de San Luis Potosí (n. d/2009) Un gobierno para todos (Documento WWW) URL <http://dif.slp.gob.mx/historia.aspx> “(visitado, 2012, Febrero, 13)

A principios de la década de los ochentas con los estudios realizados por la Coordinación de Servicios de Salud en los años 1981 y 1982 se advirtió la necesidad de establecer un Sistema Nacional de Salud en el que se coordinaran las instituciones que proporcionan atención para la salud de la población (Soberón et al, 1988, p.46).

“Por acuerdo del Ejecutivo Federal el Instituto de Desarrollo Integral para la Familia (DIF) fue agregado el sector salud bajo la coordinación de la Secretaría de Salud”. (Op.cit, p.51).

En un contexto general el DIF ha desarrollado diversidad de programas orientados al apoyo de la sociedad primaria, ya sea para protegerla o contribuir para su desarrollo.

Actualmente existen una gran cantidad de archivos documentales (videos) que muestran actividades programadas:

COPUSI. (Comedores Populares y Unidades de Servicios Integrales).

Tercera Edad. (Grupos para actividades recreativas).

Campaña educativa de orientación alimentaria en centros escolares DIF.

Niños Talento (con promedio mínimo de nueve reciben un apoyo económico de 150 pesos mensuales).

Jóvenes en Solidaridad. (Contra la violencia, drogas, pandillerismo).

DIF-ORT. (Ortopedia: se obsequian andaderas, sillas de ruedas, bastones ortopédicos).

Campaña Educativa de Orientación Alimentaria en centros DIF.

Tales programas y muchos otros han sido instituidos en los diferentes centros DIF a lo largo de la República, sin embargo, cabe señalar que no parece haber registros bibliográficos sobre ellos, al menos en una biblioteca como la Central de la UNAM que sí tiene a disposición documentación sobre instituciones como el ISSTE, el IMSS y SSA, hoy Secretaría de Salud.

3.2.1 Centro Familiar 17 DIF “José María Díaz Ordaz”.

La misión y visión de una organización tiene como fin una serie de comportamientos y actitudes por parte de quienes conforman dicha organización para que en un futuro las expectativas sean cumplidas. El DIF enuncia:

Misión. Atender con eficiencia, eficacia y puntualidad.

Visión. Mantenerse en constante actualización e innovación, en un marco de calidad, equidad y servicio para atender los problemas sociales a la población más vulnerable, guiada siempre por un desarrollo basado en la oportunidad, calidad humana, la ética y la mejora continua, en la promoción de los Servicios de Asistencia Social en el Distrito Federal.

El CF-17 se encuentra a cargo de la dirección, un(a) administrador (a), una trabajadora social, una secretaria, una doctora, un (a) enfermero (a), educadoras, una maestra de inglés, un instructor de baile regional, cocineras y jardinero. Eventualmente han tenido psicólogo (a), servicio que no ha sido constante en este centro posiblemente porque colinda con el CS “Rovirosa”, donde hay servicio específico para salud mental.

Dado que al parecer el CF-17 no cuenta con información específica sobre su historia en particular, se recurre a la descripción de los orígenes de la colonia donde se llevó a cabo la investigación para hacer notar el surgimiento del centro como INPI, luego IMPI y actualmente CF-17 del DIF, también se recurre al testimonio de la actual trabajadora social en este centro, misma que ha laborado durante 13 años, y a las observaciones propias sobre las actividades del lugar durante los seis meses de servicio social prestado a dicho centro.

La asistencia social en la colonia Pedregal de Santa Úrsula Coapa surge por la necesidad de los colonos, quienes en su mayoría eran originarios de diferentes estados de la república, y vivían en condiciones de extrema pobreza: escasas de agua, sin alumbrado eléctrico, sin pavimentación en las calles, de hecho, había mucha piedra volcánica que no solo dificultaba el acceso a la zona, sino el tránsito por la misma también; y con una evidente falta de planificación familiar dado el número de hijos que tenían las familias.

Dadas las condiciones de precariedad de los colonos, los niños de la zona se encontraban en situación de desnutrición, por lo que fue necesario la intervención de las autoridades para fundar uno de los primeros apoyos gubernamentales para la colonia Santa Úrsula Coapa. El hoy Centro Familiar conserva una placa de inauguración:

“Centro de Readaptación Nutricional.

El día 21 de Agosto de 1964 el Lic. Adolfo López Mateos inauguró esta unidad de servicios asistenciales construida por el INPI para beneficio de los niños de México.

Presidente del patronato.

Instituto de Protección a la infancia.

Sra. Profa. Eva Sámano de López Mateos”.

La función primordial del INPI estaba enfocada a la ayuda nutricional de los niños en la colonia, por lo que se obsequiaba leche a todo infante que acudiese a solicitarla.

Hacia finales de la década de los 70`s el Centro Familiar DIF de la colonia Santa Úrsula Coapa era conocido como el IMPI. En aquella época muchos de los colonos asistían con sus hijos pequeños para recibir desayunos, los cuales constaban de leche, galletas o una palanqueta.

Desde un principio este lugar tenía un aspecto de centro social dentro de una colonia rural en esa época: habían juegos, pocas aulas para ofrecer pláticas de prevención social. Destacaba un área de lavaderos comunitarios, los cuales eran utilizados por muchas de las madres de familia que carecían de suministro de agua.

Con el tiempo se realizan “jornadas de trabajo”, hoy llamadas “jornadas comunitarias” para beneficio de la gente. Había servicio de peluquería, baños con regadera y se ofrecía capacitación para el trabajo.

Hubo un programa llamado PASAF (Programa de Asistencia Social y Apoyo a Familias) que consistía en regalar arroz y frijol. Se organizaba un comité de señoras quienes aparte de recibir pláticas educativas y talleres de cocina, también se les delegaba la responsabilidad de repartir el apoyo de comida: frijol y arroz.

Sin embargo, dicho comité de señoras, así como el programa PASAF fue disuelto a causa de haber hecho un mal manejo de este apoyo por parte del comité. Las señoras vendían el arroz y el frijol yendo a tocar a las puertas de zonas aledañas para ofrecerlo, por lo que las autoridades del CF-17 reportaron tal anomalía a las autoridades correspondientes.

Posteriormente se estableció el servicio de guardería, mismo que hoy se denomina CADI (Centro de Atención y Desarrollo Infantil), el cual recibe a niños de tres a cinco años de edad a quienes se les brinda servicio preescolar, servicio de comedor y servicio médico. Cada año se organizan festejos del día del niño en que se les regalan muñecas y/o pelotas generalmente; y día de las madres en que los niños participan haciendo un bailable.

El apoyo para adultos mayores es un programa de los que más ha durado en este centro DIF. Se les brinda sesiones de yoga, pláticas relacionadas con su condición de adulto mayor y asistencia médica. Actualmente destacan las salidas que organiza la trabajadora social a diferentes lugares de la ciudad como parques, cines, museos, plazas.

Se ofrece en la actualidad un programa llamado Niños Talento por medio del cual adolescentes de doce a trece años de edad y con promedio de mínimo de nueve reciben un apoyo económico de 150 pesos mensuales; y bajo el compromiso de asistir de manera semanal al centro DIF para recibir pláticas de prevención contra la drogadicción, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, etc.

En relación a la comunidad abierta se les brinda un servicio semanal de oftalmología, por el cual se les canaliza a instancias más estructuradas en caso de ser necesario. Por otra parte, se ofrecen actividades de baile: danza regional y baile moderno. Se forman grupos establecidos por horarios en específico dada la aceptación que esta actividad ha tenido en los últimos años. La comunidad que participa son principalmente mujeres entre 30 y 50 años. Saucedo, I (comunicación personal 27-febrero-2012).

El apoyo psicológico es un servicio que la comunidad ha solicitado, pero dicho apoyo no ha sido cubierto de forma definitiva. Ha habido pocos psicólogos y psicólogas. Han permanecido en el CF-17 por poco tiempo, por un lado, porque este centro no cuenta con herramientas para uso de un psicólogo ni un área específica de trabajo psicológico (consultorio); por otro lado, se han ido por tener mejores oportunidades laborales.

En el 2010, se contrataron a 25 psicólogos, la mayoría por honorarios y otros de base, sin embargo, no son suficientes para cada centro, no está claro cual es el criterio de prioridad para enviar a un psicólogo en un centro DIF antes que a otro centro. Posiblemente, en el caso del CF-17 no se atiende la demanda de tener un psicólogo de

base dado que existe el Centro de Salud exactamente junto al centro DIF y donde hay un área específica de salud mental.

3.3 Breve historia del CS “Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez”.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal, institución a la cual pertenece el CS “Rovirosa”, es responsable de garantizar el acceso a la atención médica y la protección de la salud de la población residente en la Ciudad de México. Tiene el fin de mejorar y elevar la calidad de vida de las personas mediante el otorgamiento de intervenciones médicas integrales.

Dicha institución, mediante los diferentes Centros de Salud, ofrece servicios de gratuidad en áreas como odontología, medicina general, salud mental, centro de adicciones, atención veterinaria, laboratorio de análisis clínicos, rayos X, farmacia, pláticas de prevención, campañas de vacunación, un seguro popular por medio del cual se tiene acceso a diferentes hospitales de especialidades de manera gratuita.

El contexto social dentro del cual surge la necesidad de construir un centro de salud en la colonia Santa Úrsula Coapa es el mismo por el cual 12 años antes se inaugurase el hoy nombrado CF-17 en la misma colonia, por lo cual no será necesario hacer nuevamente la reseña sobre las necesidades que se hicieron latentes en dicha zona.

El Servicio de Salud Mental Comunitaria del Centro de Salud Dr. Gustavo A. Rovirosa empezó a funcionar al año siguiente de la fundación de dicho Centro que inició sus labores en el año 1976.

El Departamento de Salud Mental Comunitaria fue organizado con las normas y asesoría del ahora Instituto Mexicano de Psiquiatría.

En su inicio contaba con cuatro equipos de trabajo con psiquiatras, psicólogos y trabajadoras sociales psiquiátricas, y funcionaba en dos turnos.

El trabajo se subdividía en las siguientes áreas:

Niños con problemas de aprendizaje y/o diferentes problemas.

Adolescentes farmacodependientes.

Adultos con problemas de alcoholismo o dependencia a otra droga.

Adultos con problemas de neurosis o psicosis.

Se contaba, además, con el apoyo de un neurólogo, de una socióloga y de un aparato de electroencefalografía.

Dos años después se agregó el programa UTNA (Unidad Terapéutica de Niños y Adolescentes) (...) (Centro de Salud "Gustavo A. Rovirosa Pérez" Programa General, 1989, p.2).

Soberón et al (1988) hacen una breve reseña sobre la salud mental en jóvenes y ofrecen una descripción sobre el estado de salud mental en México y que posibilitó el programa UTNA. También narra acerca de cómo se puso en marcha y cómo se desempeñó dicho programa iniciado por vez primera en el CS Rovirosa:

En Nuestro país, gran parte de las actividades en el campo de la salud mental infantil y de la adolescencia se ha relacionado con el manejo de problemas de aprendizaje o de deficiencia mental.

En México se organizó una escuela para débiles mentales en 1914; la SEP fundó una en 1938 y, en 1950, en el Hospital Infantil de México se estableció el Departamento de Higiene Mental. En 1966 fue inaugurado el hospital psiquiátrico infantil Doctor Juan N. Navarro, para dar atención a niños y adolescentes con trastornos mentales severos y en 1980 se inauguró el Instituto Nacional de Salud Mental dedicado al estudio de las alteraciones de la salud mental en niños y jóvenes.

La importancia de estos problemas ha sido revelada en diversas encuestas y estudios que acusan la presencia de trastornos emocionales o de la conducta en más del 10% de los niños y que nos informan que el 40% de los pacientes de la consulta externa de salud mental son niños.

Por otro lado, ante el hecho de que los trastornos mentales de los niños y adolescentes deben ser abordados desde una perspectiva multidisciplinaria, desde 1977 se instituyó un programa piloto de intervención terapéutica para niños, con orientación simultánea a padres, en el centro de salud Doctor Gustavo A, Rovirosa Pérez, de la SSA. En este programa de 142 casos diagnosticados, 82 (58%) mostraban trastornos del aprendizaje, de conducta y emocionales.

Situación actual.

Con los resultados del programa piloto implantado en 1978 el proyecto se amplió para cubrir la zona de influencia de un centro de salud. Fue así que se inició en 1979 el proyecto de la Unidad Terapéutica para Niños y Adolescentes en el mismo centro de salud Doctor Gustavo A, Rovirosa Pérez. Las actividades de atención terapéutica, recreativa y comunitaria se realizaban a través de un equipo multidisciplinario compuesto por un psiquiatra, dos psicólogos, dos psicoterapeutas, un profesional en educación especial, un terapeuta ocupacional, un pedagogo y un trabajador social.

El equipo multidisciplinario trabajó en “bloques de tiempo” de una a dos horas, durante los cuales los pacientes recibían atención terapéutica en grupo, al mismo tiempo que los padres eran atendidos también en grupo.

En general, los niños fueron tratados en grupos matutinos, con orientación simultánea a padres, y se organizaron talleres recreativos y ocupacionales para los adolescentes en el grupo vespertino. Durante 1979 se atendieron 439 niños y adolescentes, de los cuales se diagnosticaron 248, se trataron 206 y se dieron 59 altas. A los talleres recreativo-ocupacionales asistieron 182 preadolescentes y adolescentes.

El número total de labores, consultas o asistencia a diferentes actividades, fue 9 970, de las cuales 5 438 (55%) correspondieron a acciones diagnósticas y terapéuticas; 3 195 (32%) a talleres recreativos y ocupacionales y 1 336 (13%) a actividades comunitarias.

El número de talleres impartidos a preadolescentes y adolescentes demostró la viabilidad del programa en el centro de salud y aunque no logró penetrar en el seno de la comunidad sí logro captar la confianza del adolescente, quien identificó a los miembros del equipo en su doble papel, de guías de actividad y de terapeutas. (pp.156, 158).

De un programa general del CS “Rovirosa” se extrae la siguiente información:

(...) Para el año de 1981 ya quedaba solamente un equipo con la asesoría de UTNA y la normatividad de la Dirección General de Salud Mental.

En ese momento había, además de psiquiatras y psicólogos, una trabajadora social psiquiátrica y una licenciada en educación especial.; y se suprimió el neurólogo, la socióloga y el servicio de E.E.G.

En el año de 1982 se contaba con dos psiquiatras, dos psicólogos, una trabajadora social psiquiátrica y una licenciada en educación especial, y se atendían fundamentalmente niños con problemas de aprendizaje y adultos y adolescentes con todo tipo de problemas neuróticos, psicóticos y de adicción a alguna droga incluso el alcohol.

La licenciada en educación especial atendía en grupos pequeños a los niños con problemas de aprendizaje.

Se deja de depender de la Dirección General de Salud Pública del D.F.

En 1985 queda ya un solo psiquiatra, dos psicólogos y la trabajadora social psiquiátrica. La licenciada en educación especial también deja de prestar sus servicios en la Institución.

En el año de 1986 se agrega al personal dos residentes del tercer año de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Es a partir de entonces que cada año dicho hospital proporciona al servicio dos residentes.

En el año de 1987 aumenta el personal con otro psiquiatra (Centro de Salud “Gustavo A.. Rovirosa”, Programa General, 1989, pp.2,3).

En el año 1988 el personal de Salud Mental contaba con tres psiquiatras, de los cuales uno era Jefe del Servicio, un psiquiatra adscrito y un residente, tres psicólogos, dos trabajadoras sociales y una secretaria. (Op.cit, 1989).

Algunos elementos específicos que pueden mencionarse y que han conformado parte de los programas de salud mental dentro del CS son:

Asistencia: pre consulta; consultas de primera vez; consultas subsecuentes; estudios psiquiátrico, psicológico y social (...)

(...) Prevención y promoción: detección de problemas; educación a la población; formación de comités de salud mental; contacto con líderes y naturales de la comunidad; coordinación con instituciones de la comunidad; coordinación con consultorios de zonas marginadas; coordinación con instituciones médicas y de educación especial fuera del sector; coordinación con grupos deportivos y religiosos; coordinación con escuelas primarias y secundarias; coordinación con promotores sociales; coordinación con profesionales de la salud y para profesionales; coordinación con profesionales afines a la salud mental; seguimiento y rescate de pacientes.

Rehabilitación: talleres.

Enseñanza e investigación: actualización de conocimientos y discusión de casos clínicos para el personal técnico; orientación y educación para la salud mental al personal médico y paramédico del Centro de Salud; educación para la salud mental a profesionales y para profesionales de disciplina afines a la salud mental; docencia a alumnos de medicina, psicología y trabajo social; colaborar y participar en programas y proyectos de investigación.(Centro de Salud “Gustavo A.Roviroso” Programa del Servicio Piloto de Psiquiatría y Salud mental Comunitaria, 1989, pp.2, 3).

De un programa de atención curativa del CS “Roviroso” se asumen los siguientes compromisos a la vez que se esboza en términos generales los procedimientos que incluso en su esencia se aplican aún en el Centro de Salud mismo:

Interconsultas: (...) tratamientos a pacientes o familiares de estos, y que hayan sido referidos por otros servicios (...)

(...) Consultas en el servicio: personas que acuden por problemas de alcoholismo o farmacodependencia o a los familiares que de alguna manera u otra intervengan en el proceso curativo o hayan sido afectados (...)

(...) Primera vez: (...) se verá al paciente y a los familiares para conocer el motivo de consulta, se elaborará una pequeña historia clínica, estudio social de primer nivel, el equipo entero intervendrá en la entrevista para poder lograr una visión más amplia del problema y las vías de solución (...)

(...) Solución del problema de diagnóstico: (...) entrevista psiquiátrica que constará de una historia clínica y examen mental del paciente. En caso necesario se harán estudios

psicológicos, también se elaborará estudio psicosocial para conocer en forma más integral la situación del afectado (...)

(...) Procedimientos terapéuticos selectivos: en los cuales a la problemática particular del enfermo y de su grupo o familia se podrá efectuar con terapia medicamentosa y psicoterapia (...)

(...) Programas especiales: que servirán para reforzar o complementar a los anteriores: grupos de socialización que incluyan a niños, la mayoría familiares de pacientes alcohólicos, en los que de una manera u otra se han manifestado síntomas de desajuste en la relación interpersonal o rendimiento escolar (...)

(...) Seguimiento del estado de salud y rescate del paciente: (...) En los casos de deserción es importante el rescate del paciente y se hará después de que el equipo haya sentido la necesidad de buscar al afectado, cuando después de un tiempo no haya retornado al tratamiento.

Habrán también la posibilidad de pensar en un rescate inmediato o en la postergación de éste según la prioridad del problema (situación que decidirá el equipo) y en los casos varios intentos de rescate infructuosos se podrá optar por dar de alta al paciente por deserción previa advertencia a la familia sobre la responsabilidad y peligro que implica el no llevar a cabo el tratamiento (Centro de Salud “Gustavo A. Rovirosa” Programa de Atención Curativa, 1989, pp.2, 5).

3.3.1 Descripción general actual del CS Rovirosa.

Un panorama general más actual del Centro de Salud “Gustavo A. Rovirosa” detalla:

El Centro Comunitario Dr. Gustavo A. Rovirosa T-III-A, cuenta actualmente con 8 consultorios de medicina general, en donde se atiende de lunes a viernes (de 7 a 4 pm), un promedio de 65 a 95 personas; las cuales pueden hacer uso del laboratorio de análisis clínicos, rayos X, farmacia u otro servicio auxiliar. Este (...) se encuentra a cargo de la dirección y del personal; el cual se conforma de 11 médicos generales, 2 especialistas (dermatología y nutriología), 18 enfermeras, 7 trabajadoras sociales y 4 dentistas los cuales realizan extracciones, saturaciones, amalgamas, resinas, diagnósticos y pláticas sobre el cuidado bucal en el centro de salud o escuelas aledañas.

El departamento de salud mental (...); su trabajo consiste en la realización de historias y valoraciones clínicas, el grupo de trabajo incluye a un psicólogo cuya labor incluye la evaluación de pacientes utilizando los siguientes instrumentos: Bender, Waiss, Wisc, Minesota, Machover y Frases Incompletas; las historias clínicas que realizan son anexadas al archivo clínico de este departamento, el cual se maneja por año; otras de sus actividades consisten en realizar psicodiagnósticos, psicoterapia individual o familiar, generalmente se atiende a un promedio de 8 a 12 personas por día (de 8 a 4 pm) (...) los grupos (...) que

mayor demanda presentan son de 5 a 9, 10 a 15 y 15 a 19 (...) el único programa existente para atender a esta población en este centro es el del niño maltratado, el cual se encuentra a cargo de una psicóloga independiente (Bravo, C y Velázquez, M. 2001, pp.13, 14).

Aunado a lo anterior y complementando el equipo de trabajo del servicio de salud mental hay una psiquiatra responsable del área, un residente de psiquiatría, una psicóloga especializada en atender casos por violencia de género, por lo que brinda atención sólo a mujeres en tales circunstancias, eventualmente un o una pasante de psicología y una trabajadora social psiquiátrica.

En el Informe Mensual de Actividades Realizadas en la Unidad Médica SIS-SS-CE-H, del año 2011, en la entidad 9 Distrito Federal, jurisdicción Coayaocán, Unidad de Consulta Externa, se reportó haber brindado apoyo emocional por violencia a 331 pacientes de primera vez y a 1367 de manera subsecuente para un total de 1698.

Por otro lado, en el mismo informe, en el área de Salud Mental se reporta haber brindado psicoterapia de adicción a fármacos: 15 mujeres y 10 hombres; alcohol: 4 mujeres y 6 hombres; tabaco: 9 mujeres y 10 hombres. Se rehabilitaron un total de 7 mujeres y 9 hombres.

No obstante el informe anterior, no se encontró algún registro específico sobre frecuencia o prevalencia de trastornos mentales en esta jurisdicción a la cual pertenece el Centro de Salud "Rovirosa".

Existen notorias diferencias entre las instituciones públicas mencionadas: El CF-17 DIF no parece tener un control documental de psicología propio de este centro, pues en términos muy generales, sí hay material del DIF disponible como videos y documentos en internet sobre diversos programas a nivel colectivo, mientras que el CS Rovirosa cuenta con un mayor control de archivos clínicos propios ya que las diferentes áreas de salud con las que cuenta exige un profesionalismo tanto académico como práctico; no obstante, como se ha mencionado, no hay estudios previos de prevalencia o frecuencia de trastornos mentales en específico.

3.3.2 Datos epidemiológicos en México.

La vulnerabilidad es un factor que causa los trastornos mentales. Problemáticas como la pobreza, el desempleo, el bajo nivel de preparación académica con que cuenta una persona, el ejercicio de la violencia y los traumas que esto conlleva en comunidades marginadas, el cambio de rol en el hogar en que mujeres son cabeza de familia, la falta de oportunidades en el desarrollo para la población rural, niños y niñas en situación de calle, personas con discapacidad en que requieren de atención especializada pero que no cuentan con apoyo y/o recursos suficientes, madres adolescentes que se ven obligadas a abandonar los estudios, son varios de las situaciones en las que la salud mental de las personas de ve seriamente comprometida.

Registros epidemiológicos en el año de 1994 con relación a la salud mental en México dejan ver que hay un mayor estudio sobre la población adulta, tal vez por considerarse como una etapa productiva, no así en población infantil, lo cual puede significar el descuido de la salud mental desde la infancia.

Trastornos psiquiátricos en la Población Adulta¹⁸. En 1994, los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en zonas urbanas, detectaron la prevalencia de trastornos mentales entre el 15 y el 18% de la población en general; en esta encuesta se observa que la depresión es el trastorno más frecuente tanto en hombres como en mujeres, con 4.9% y 9.7%, respectivamente. Los resultados del estudio concuerdan con los realizados en otros países e indican que una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada; esto significa que, en nuestro país, para una población aprox. de 100 millones de personas (en ese entonces), padecieron trastornos mentales aproximadamente 15 millones, lo que representó una sexta parte de la población en México.

Los problemas de salud mental en la infancia no son identificados por lo que no se solicita atención al respecto, no obstante se calcula que un 7% de la población entre los 3 y los 12 años de edad se encuentra afectada.

En el 2003¹⁹, una encuesta nacional de enfermedades psiquiátricas llevada a cabo en su mayoría por investigadores de la Institución Psiquiátrica Juan Ramón de la Fuente menciona que la ansiedad de separación (mediana de inicio de 5 años) y el trastorno de atención (6 años) son los dos padecimientos más tempranos. La fobia específica (7 años), seguida por el trastorno oposicionista (8 años), aparecen después.

Para los trastornos de la vida adulta, los trastornos de ansiedad se reportaron con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos afectivos y por los trastornos por uso de sustancias. alrededor de seis de cada 20 mexicanos, tres de cada 20 y uno de cada 20 mexicanos presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente.

Esta encuesta nacional de prevalencia en el 2003 señala que los hombres presentan prevalencia alta de cualquier trastorno una vez en la vida; sin embargo, las mujeres presentan prevalencia alta de cualquier trastorno en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días. Esto último puede ser el efecto del incremento en la participación de la mujer desde ser el sostén principal del hogar al tiempo que debe mantener su trabajo y las exigencias que conlleva.

Los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes en mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias lo es para los hombres.

¹⁸ Sandoval Juan; Richard María. La Salud Mental en México. Servicio de investigación y Análisis <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf> (Consultado el 17/10/2012.)

¹⁹ Medina Elena. Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/Articulos/2003/prevalencia.pdf> (Consultado el 17/10/2012).

En un estudio de prevalencia entre el 2004 y 2009²⁰ en el Hospital General de México se encontró que los siete trastornos mentales más diagnosticados en la Ciudad de México, en orden de prevalencia son: 2.88% con distimia, 2.42% con depresión, 1.7% con trastorno de ansiedad, 0.76% con esquizofrenia paranoide, 0.67% con trastorno de la personalidad, 0.57% con trastorno somatomorfo, 0.35% con trastorno de adaptación. De un promedio de 454,780 pacientes anuales, los trastornos mentales representan el 2.84% de los casos atendidos en el Hospital de referencia

En este artículo también se menciona que la depresión y al distimia se han incrementado anualmente y que han sido motivo de consulta a partir del 2006. A su vez se aclara que estos datos encontrados en el Hospital General de México no pueden ser referencia para poblaciones que no han sido diagnosticadas, por lo que se infiere que los trastornos mentales pueden variar de una población a otra.

²⁰ Prevalencia y Tendencia de los Principales Trastornos Mentales en la Ciudad de México 2004-2009 <http://actualidadclinica.wordpress.com/2010/09/21/prevalencia-y-tendencia-de-los-principales-trastornos-mentales-en-la-ciudad-de-mexico> (Consultado el 17/10/2012).

Capítulo 4. Metodología.

4.1 Justificación.

Las instituciones de salud pública, por el servicio que ofrecen, adquieren características que las distinguen unas de otras.

Ogburn (1958) menciona que las instituciones sociales son caminos establecidos y organizados para satisfacer ciertas necesidades humanas básicas; añade que las funciones institucionales son ejecutadas por una organización de una determinada manera; y que adquiere a su vez una cierta significación.

En 1992, Chinoy da un significado a la sociedad como una estructura institucional, cuando afirma que ésta es la completa estructura de instituciones relacionadas e influyentes entre sí que distinguen a un grupo de otro. Por otro lado, Machado (1989) citado por Turabian (1995) considera que la provisión de los servicios sanitarios se ha desarrollado históricamente dentro de un modelo ecológico y otro biomédico.

López (1982) distingue que los servicios de salud pueden dividirse según varios criterios, uno de los cuales se refiere a su objeto de intervención como los servicios de salud personales cuya atención es individual con fines preventivos, curativos o rehabilitatorios, y otro, los servicios de salud no personales cuyas acciones de alcance colectivo son de mejorar las condiciones generales de salud y de vida.

Los servicios de salud pública que ofrece el CF-17 del DIF y el CS “Rovirosa” en la colonia Santa Úrsula son diferentes por su función, por el significado que tienen, por su estructura que las hace distinguirse de un grupo a otro, porque la una se orienta a brindar un servicio de salud colectivo y la otra ofrece un servicio de salud individual.

El CF-17 del DIF no se caracteriza por brindar servicio de psicología permanentemente, mientras que el CS Rovirosa incluso cuenta con un área de Salud Mental. Se quiere determinar si una institución atrae más que otra a las personas para que acudan al servicio de psicología.

A su vez, se quiere saber cuáles diagnósticos se presentan de manera común tanto en el CF-17 como en el CS Rovirosa.

4.2 Problema de investigación.

¿Cuáles son las impresiones diagnósticas de trastornos mentales frecuentes en el CF-17 y el CS Rovirosa y la diferencia entre ellas?

4.3. Objetivos.

Objetivo General: Conocer las impresiones diagnósticas de trastornos mentales frecuentes en el CF-17 y CS Rovirosa; y el nivel de significancia de la diferencia entre ellos.

Objetivos específicos:

Aplicar un modelo de entrevista semidirigida.

Relacionar los datos obtenidos con el DSM-IV-TR para obtener una impresión diagnóstica.

Identificar la frecuencia de los casos en ambas instituciones de salud pública.

Aplicar la prueba U de Mann-Whitney en muestras independientes para determinar la significancia de la diferencia entre las muestras.

4.4. Hipótesis.

Hi. Existe diferencia significativa entre la frecuencia de trastornos mentales identificados en CF-17 y CS Rovirosa.

Ho. No existe diferencia significativa entre la frecuencia de trastornos mentales identificados en CF-17 y CS Rovirosa.

4.5. Variables y Definiciones.

4.5.1 Variables

V I Instituciones de salud Pública.

VI₁ Centro Familiar 17 del DIF.

VI₂ Centro de Salud “Gustavo A. Rovirosa Pèrez”.

V D. Frecuencia de trastornos mentales.

4.5.2 Definición Conceptual de variables.

Instituciones de salud Pública.

VI₁ Centro Familiar 17 del DIF.

Es una institución que ofrece *“servicios de salud no personales (...) acciones de alcance colectivo destinadas a mejorar las condiciones generales de salud y de vida (...) puede hablarse de atención profesional de la salud (...) tal es el caso (...) del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)”*. (López, 1982, p. 99).

VI₂ Centro de Salud.

Es una institución que brinda programas de atención curativa *“(...) Interconsultas: (...) tratamientos a pacientes o familiares de estos (...) Procedimientos terapéuticos selectivos: en los cuales a la problemática particular del enfermo y de su grupo o familia se podrá efectuar con terapia medicamentosa y psicoterapia (...)”*. (Centro de Salud “Gustavo A. Roviroso” Programa de Atención Curativa, 1989, pp.2, 5).

VD. Trastornos mentales. *“Tipos de fallas e insuficiencias humanas a las que llamaremos “desadaptaciones personales”, es decir, las neurosis, las psicosis y, en general, aquellas conductas de las que se ocupan los especialistas en salud mental, como psiquiatras y psicólogos.”* (Saranson, 1978, p.17).

4.5.3 Definición Operacional de las variables.

VI₁ DIF.

A todas las personas que se presentaron al Centro Familiar 17 del DIF para consulta psicológica durante un período comprendido del 12 de Abril de 2010 al 12 de Octubre de 2010 se les aplicó una entrevista semidirigida para obtener una impresión diagnóstica.

VI₂ Centro de Salud.

A todas las personas que se presentaron al Centro de Salud “Gustavo A. Roviroso Pérez” para consulta psicológica durante un período comprendido del 16 de Diciembre de 2010 al 7 de Abril de 2011 se les aplicó una entrevista semidirigida para obtener una impresión diagnóstica.

VD. Para obtener una impresión diagnóstica sobre algún trastorno mental se llevó a cabo una entrevista semidirigida que abarcó de 5 a 7 sesiones de 45 a 50 minutos por cada sesión. La información obtenida se analizó a fin de que los datos fueran coincidentes con criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (ver anexos, ejemplos de casos).

4.6. Muestra.

No probabilística: 14 sujetos DIF; 15 sujetos Centro de Salud.

Criterios de Inclusión.

Personas con edades mayores de 5 años y menores de 70 años que hayan solicitado atención psicológica de manera voluntaria. En los casos menores de edad que hayan acudido en compañía de alguno de sus padres.

Criterios de exclusión.

Se excluyeron personas con impresión diagnóstica de trastorno mental no frecuente y aquellas personas que no conformaron una sintomatología propia de algún trastorno mental dentro de los períodos de tiempo ya mencionados.

4.7. Muestreo.

No probabilístico. Ya que no todos los asistentes en las dos instituciones de salud pública tuvieron la misma oportunidad de ser valorados clínicamente. Con el método por cuotas se reunió una cantidad de individuos que solicitaron consulta psicológica durante los períodos de tiempo antes mencionados, posteriormente se llevó a cabo la identificación de los casos frecuentes.

4.8. Diseño de la investigación.

El diseño fue no experimental ya que no se construyó de forma deliberada situación alguna para provocar un efecto determinado en los sujetos.

4.9. Tipo de estudio.

Fue un estudio transversal, descriptivo y cuantitativo en el que se quiso conocer cuál es la frecuencia de trastorno mental y el nivel de diferencia entre dos muestras independientes provenientes de una misma población.

4.10. Instrumento.

Entrevista semidirigida con preguntas abiertas y cerradas para explorar la vida del paciente interrogando antecedentes familiares patológicos y no patológicos: estado anterior y actual de salud física y mental de los padres, sus edades y actividades.

Personales patológicos y no patológicos interrogando: posibles intervenciones quirúrgicas, abortos, enfermedades físicas y mentales previas, accidentes de gravedad (traumatismo craneal, pérdida de conciencia), posibles dificultades en el nacimiento (hipoxia). Manera de relacionarse con cada miembro de la familia nuclear. Manera de ser, de comportarse y desempeñarse en la escuela y/o el trabajo. Vivencia de su sexualidad (culpas, desinhibiciones). En caso de tener vida conyugal cómo es la relación con su pareja e hijos. Forma en que se vincula socialmente.

Interrogatorio sobre los síntomas: fecha de comienzo y bajo qué contexto emergieron los síntomas, transcurso del o los síntomas (disminuyó, aumentó y/o cambió), relación en particular con los objetos y personas, ganancias secundarias a consecuencia de los síntomas.

Observación e integración del estado mental: vestimenta, postura, facies, mirada, lenguaje (bradilalio, taquilalio), pensamiento (contenido, estructura), conciencia, atención., concentración, afecto (congruente, incongruente), estado de ánimo (eutímico, hipertímico, distímico), calculo, memoria, comprensión, orientación, juicio (interpretación, adaptación, contacto con la realidad), estereotipias, intelecto (capacidad de hablar sobre uno o diversos temas).

4.11. Material.

Formatos para registro de la información.
Pluma o lápiz.

4.12. Escenario.

Centro Familiar 17 “José María Díaz Ordaz” del DIF.

En 1964 se inauguro este centro. En un principio se llamó INPI (Instituto Nacional de Protección a la Infancia), posteriormente, en 1975 cambia de nombre a IMPI (Instituto Mexicano Para la Infancia y la Familia, en 1977 es creado el IMAN (Instituto Mexicano de Atención a la Niñez. IMPI e IMAN se fusionan por decreto presidencial para dar paso al DIF (Desarrollo Integral de la Familia).

En este centro se llevan a cabo programas y actividades dirigidos a la comunidad tales como Niños Talento (con promedio mínimo de nueve reciben un apoyo económico de 150 pesos mensuales); Tercera Edad (grupos para actividades recreativas); CADI (Centro de Atención de Desarrollo Infantil), entre otros.

Centro de Salud “Gustavo A. Rovirosa Pérez”

El Servicio de Salud Mental Comunitaria del Centro de Salud Dr. Gustavo A. Rovirosa empezó a funcionar al año siguiente de la fundación de dicho Centro que inició sus labores en el año 1976.

El Departamento de Salud Mental Comunitaria fue organizado con las normas y asesoría del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

La labor de departamento de salud mental consiste en la realización de historias y valoraciones clínicas, el grupo de trabajo incluye psiquiatras y psicólogos, generalmente se atiende a un promedio de 8 a 12 personas por día (de 8 a 4 pm), los grupos que mayor demanda presentan son de 5 a 9, 10 a 15 y 15 a 19 años.

4.13. Procedimiento.

Los pacientes que acudieron al CF-17 del DIF y al CS Rovirosa fueron entrevistados en una oficina a puerta cerrada y en un consultorio a puerta cerrada respectivamente. La entrevista aplicada abarcó de 5 a 7 sesiones semanalmente con un tiempo de duración de 45 a 50 minutos por sesión. Para valorar el problema en cada caso se abordó: antecedentes familiares patológicos y no patológicos, vida familiar, escolar, laboral, sentimental, social, sexual; así como antecedentes patológicos del mismo paciente, intervenciones quirúrgicas, accidentes sufridos.

En todos los casos se buscó descartar enfermedades biológicas como probables causas de su padecimiento. Más aún, se exploró sobre posibles cuadros psicóticos tanto orgánicos como psicógenos. También se verificó que los pacientes tuviesen o no ideación suicida o que hubiesen tenido intentos suicidas tiempo atrás. Esto con el fin de valorar la gravedad del paciente y derivarlo a instancias de carácter psiquiátrico.

Fue considerada la etapa de desarrollo de cada paciente, a saber, su edad, sexo, ocupación y grado académico, con el fin de tener una referencia sobre sus posibles carencias y/o frustraciones. La información en cada caso fue analizada para obtener aquellos datos que coincidieran o tuvieran similitud con los criterios diagnósticos tipificados en el manual DSM-IV-TR.

Una vez cubiertos los períodos de tiempo, primero en el CF-17 y después en el CS Rovirosa, se identificaron las muestras con frecuencia de impresión diagnóstica para poderlas comparar y medir su nivel de significancia.

Capítulo 5. Análisis de Resultados.

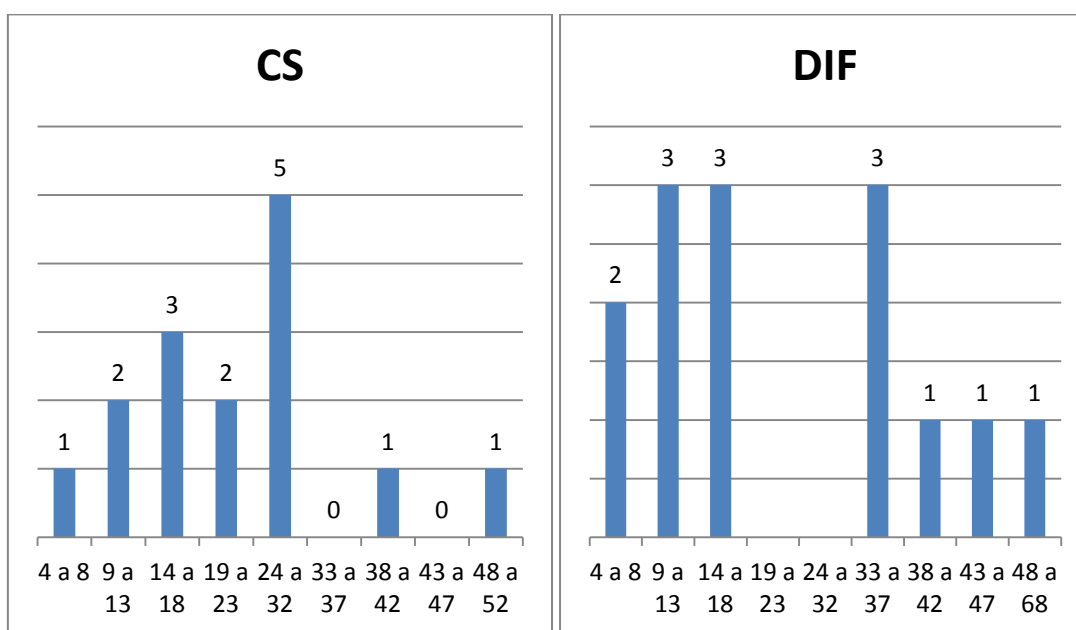
A continuación se presentan los datos sobre las impresiones diagnósticas de trastornos mentales frecuentes que se identificaron en el CF-17 del DIF y el CS Rovirosa. También se muestran las mediciones entre las muestras obtenidas en la que se determinó el nivel de significancia entre las muestras.

Con base en los datos recolectados durante las entrevistas en el CF-17 del DIF, la muestra de pacientes tiene un promedio de edad de 25 años con una desviación estándar de 17.3 años. El rango de edad es de 61. La edad mínima fue de 7 años y la máxima de 68.

El Centro de Salud tuvo un promedio de edad de 23 años con una desviación estándar de 10.8 años. El rango de edad es de 44. La edad mínima es de 6 años y la máxima de 50. Para esta muestra la edad más frecuente va de los 24 a 32 años.

Ambas muestras tienen rangos de edad grande, esto implica que los datos están muy dispersos, lo que sugiere una diversidad de demanda de atención psicológica que va desde niños hasta adultos de la tercera edad

Figura 1. Muestra de 15 sujetos en el Centro de Salud y de 14 sujetos DIF



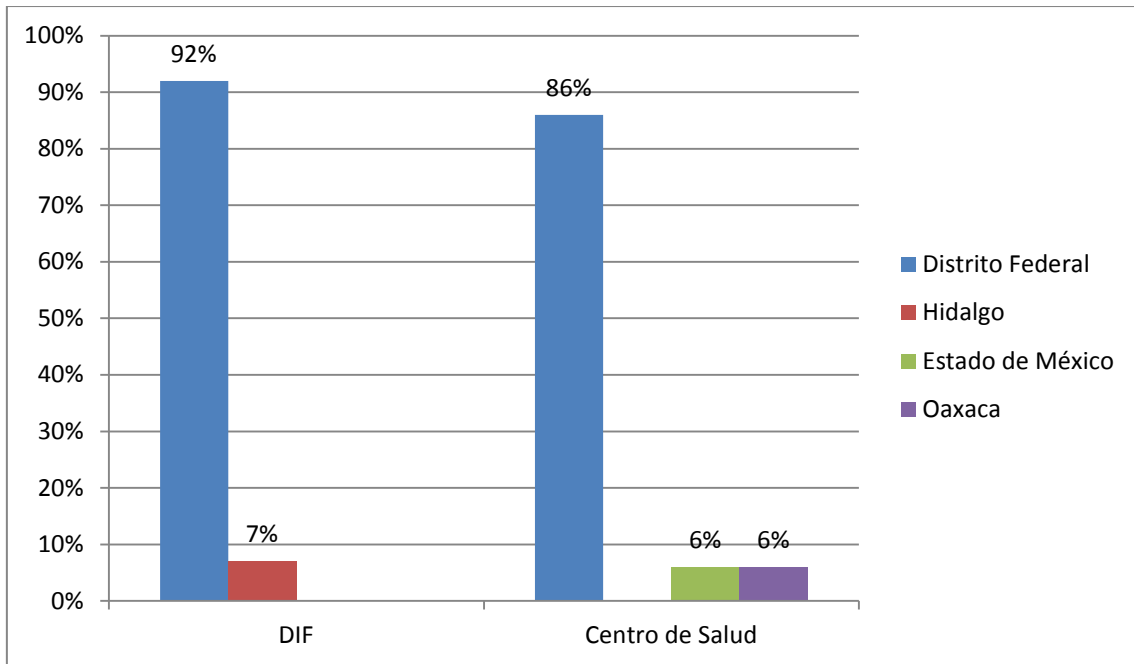
El estado civil soltero es el que obtuvo un mayor porcentaje en ambas muestras. En el caso del CF-17 DIF, el porcentaje fue de 57; mientras que en el CS Rovirosa, fue de 60. Igualmente existe similitud en el porcentaje de quienes están separados con 14% y un 13% respectivamente. Esto indica que en ambas muestras predomina el estado de soltería por tratarse de jóvenes como se verá más adelante.

Tabla 1. Estado civil

	DIF		Centro de Salud	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casado	3	21%	1	6%
Divorciado	0	0%	3	20%
Separado	2	14%	2	13%
Soltero	8	57%	9	60%
Unión libre	1	7%	0	0%

Existe un marcado predominio en las dos muestras con pacientes que son originarios del DF, mientras que un porcentaje pequeño en ambas muestras es originaria de Hidalgo, Estado de México y Oaxaca.

Figura 2. Lugar de nacimiento



Puede verse en la tabla 2, en lo que respecta al nivel de estudios, que el mayor porcentaje fue el de la secundaria; sin embargo, a partir de ahí, el nivel de estudios decrece de forma notoria en ambas muestras.

Tabla 2. Escolaridad

	DIF		Centro de Salud	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	4	28%	2	13%
Secundaria	6	42%	7	46%
Bachillerato	2	14%	4	26%
Carrera técnica	2	14%	1	6%
Licenciatura	0	0%	1	6%

En la tabla 3 se muestran 14 casos de 44 en el Centro Familiar 17 del DIF. Además, 15 casos de 31 por parte del Centro de Salud “Gustavo A. Rovirosa Pérez”.

Los casos encontrados en ambas instituciones de salud pública, en términos de frecuencia, fueron la distimia se presentó más ocasiones en el DIF, mientras que en el

CS Roviroso lo fue el trastorno disocial. También puede notarse que únicamente se encontraron casos de trastorno límite de la personalidad en el CS Roviroso.

Se calculó el nivel de diferencia para estos trastornos entre las dos muestras independientes y de diferente tamaño mediante la prueba U de Mann-Whitney. Aplicando $\alpha = 2\%$ grados de libertad.

Hipótesis nula. Se acepta.

No hay diferencia significativa en ambas muestras ($Z_c = 0.53$; $\alpha = 2.33$). Es razonable que por azar el trastorno límite de la personalidad se haya presentado sólo en el Centro de Salud.

Tabla 3. Impresiones diagnósticas frecuentes en ambas instituciones de salud pública.

CF- 17 del DIF			Centro de Salud "Roviroso"		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
Distimia	7	15%	Distimia	3	9%
Disocial	4	9%	Disocial	5	16%
T. dependiente	3	6%	T. dependiente	3	9%
			T. límite.	4	13%

En la siguiente tabla (4), se especifican los criterios tipificados en el DSM-IV-TR para el trastorno de personalidad límite. Como ya ha sido mencionado, esta impresión diagnóstica sólo se identificó en el CS Roviroso.

Los cuatro pacientes: un varón y tres mujeres de 13-26 años; que presentaron el trastorno de personalidad limítrofe coincidieron en presentar una actitud cuyo esfuerzo va encaminado a evitar el abandono como hacer propuesta de matrimonio al cabo de poco tiempo de conocer a la persona (criterio 1). Mostraron clara tendencia de idealización y desvalorización para con padres o pareja según el caso personal (criterio 2).

Presentaron inestabilidad afectiva (criterio 6) principalmente con muy poca tolerancia a la frustración ante situaciones cotidianas siendo ellos irritables ante las personas cercanas. También un sentimiento de vacío crónico (criterio 7) que en los cuatro casos coincide con la negligencia del cuidado paterno y materno.

Tres de los casos presentan distorsión de la propia imagen (criterio 3), ya sea por cambio de orientación sexual, por involucramiento con personas que representan un riesgo o por conductas seductoras tendientes a conocer a personas por internet.

También tres de los cuatro pacientes expresaron ideas de amenaza suicida, así como intenciones de cortarse hasta el acto mismo de haberse cortado con una navaja, sin verdaderamente tener la intención de suicidarse (criterio 5).

Tabla 4 . Impresión diagnóstica de trastorno límite de personalidad únicamente identificado en el CS.

Sintomatología	Centro de Salud Rovirosa	
	Frecuencia	Porcentaje
1.- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.	4	100%
2.- Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizados por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.	4	100%
3.- Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada o persistentemente inestable.	3	75%
4.- Impulsividad al menos en dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).	1	25%
5.- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.	3	75%
6.- Inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo (episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).	4	100%
7.- Sentimientos crónicos de vacío.	4	100%
8.- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).	2	50%
9.- ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.	0	0%

A continuación, en la tabla 5 se especifican los criterios tipificados en el DSM-IV-TR para distimia.

En términos de frecuencia, hubo dos pacientes en la muestra del DIF e igualmente dos pacientes en la muestra del CS que mostraron el criterio 1. Pérdida o aumento de apetito.

En esta impresión diagnóstica presentaron baja auto estima (criterio 4), un alto porcentaje de ambas muestras en su mayoría caracterizada por reproches hacia sí mismos y pobre sentido de afiliación, es decir, no recurrir a otros para pedir ayuda.

De manera muy similar hubo sentimientos de desesperanza (criterio 6) en que no consideran que sus problemas puedan solucionarse y creer que es mejor no hacer nada porque el esfuerzo es inútil.

Se calculó el nivel de diferencia para cada síntoma en este trastorno entre las dos muestras independientes y de diferente tamaño mediante la prueba U de Mann-Whitney. Aplicando $\alpha = 2\%$ grados de libertad.

Hipótesis nula. Se acepta.

No hay diferencia significativa para las muestras independientes con el trastorno de distimia ($Z_c = 0.68$; $\alpha = 2.33$).

Tabla 5. Impresión Diagnóstica de distimia. Diferencias en la frecuencia de síntomas. Dos muestras, 7 sujetos DIF y 3 sujetos Centro de Salud

Sintomatología	DIF		Centro de Salud	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1. Pérdida o aumento de apetito.	2	28%	2	66%
2. Insomnio o hipersomnia.	3	42%	1	33%
3. Falta de energía o fatiga.	4	57%	3	100%
4. Baja autoestima.	5	71%	3	100%
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.	4	57%	2	66%
6. Sentimientos de desesperanza.	5	71%	2	66%

En la tabla 6, se especifican los criterios tipificados en el DSM-IV-TR para el trastorno disocial.

El total de ambas muestras presentaron el criterio 11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (tira a otros). Con el fin de obtener beneficios y/o favores especiales ya sea de sus padres, maestros u otra figura de autoridad; incluso llegando a fingir enfermedades o pretender hacerse pasar por víctimas ante los demás.

Hubo un caso en el DIF y otro más en el CS Rovirosa, que no obstante su baja frecuencia, es la gravedad de su sintomatología la que puede señalarse en los criterios 3,4 y 5. El criterio 4 sólo fue identificado en un caso del DIF. Se distinguieron por este nivel de sintomatología: haber matado un gato con un ladrillo, haber clavado lanzas a su perro, haberle lanzado una moneda al ojo de una persona sin sentimiento de arrepentimiento.

Se calculó el nivel de diferencia para cada síntoma en este trastorno entre las dos muestras independientes y de diferente tamaño mediante la prueba U de Mann-Whitney. Aplicando $\alpha = 2\%$ grados de libertad.

Hipótesis nula. Se acepta.

No hay diferencia significativa en las dos muestras independientes para el trastorno disocial ($Z_c = 0.49$; $\alpha = 2.33$).

Tabla 6. Impresión diagnóstica trastorno disocial. Diferencias en la frecuencia de síntomas. Dos muestras, 4 sujetos DIF y 5 sujetos Centro de Salud.

Sintomatología	DIF		Centro de Salud	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1.-a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.	3	75%	4	80%
2.- a menudo inicia peleas físicas.	2	50%	3	60%
3.- ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).	1	25%	1	20%
4.- ha manifestado crueldad física con las personas	1	25%	0	0%
5.-ha manifestado crueldad física con animales.	1	25%	1	20%
9.- ha destruido deliberadamente las propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).	2	50%	3	60%
11.- a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (tima a otros).	4	100%	5	100%
12.- ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej. Robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones).	3	75%	1	20%
13.- a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.	2	50%	3	60%
14.- se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo.	2	50%	1	20%

A continuación (tabla 7), se especifican los criterios tipificados en el DSM-IV-TR para el trastorno de personalidad dependiente.

Ambas muestras de las dos instituciones de salud pública presentaron, en general, una frecuencia de criterios diagnósticos muy similares. Esta es la única muestra que coincide en número de sujetos y de género (mujeres). Hubo coincidencias como el criterio 1 tiene dificultades para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo consejo y reafirmación por parte de los demás, por ejemplo, delegar la responsabilidad de otorgar permisos a los hijos a terceros como la pareja o los padres. El criterio 3 Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación, se manifestó principalmente con relación a la pareja en que vestían o usaban el peinado de determinada manera a petición del esposo, evitar mirar a otros hombres estando acompañada de su pareja para no molestarlo; aunque no se sintieran a gusto.

Otro criterio de coincidencia en ambas muestras fue el 5; va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables, por ejemplo, el haber asumido deudas de la pareja o mantenerlo sin que este trabajara por largos períodos de tiempo, buscar y suplicar a la pareja que regrese a pesar de haber sido infiel y no querer estar más con ella o a pesar de haber recibido insultos denigrantes, incluso haber llegado a la violencia física pero no estar dispuesta a separarse o denunciar legalmente.

Se calculó el nivel de diferencia para cada síntoma en este trastorno entre las dos muestras independientes mediante la prueba U de Mann-Whitney. Aplicando $\alpha = 2\%$ grados de libertad.

Hipótesis nula. Se acepta.

No hay diferencia significativa en las dos muestras con personalidad dependiente ($Z_c = -0.43$; $\alpha = 0.01$).

Tabla 7. Impresión diagnóstica trastorno dependiente. Diferencias en la frecuencia de síntomas. Dos muestras, 3 sujetos DIF y 3 sujetos Centro de Salud.

Sintomatología	DIF		Centro de Salud	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1.- tiene dificultades para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo consejo y reafirmación por parte de los demás.	3	100%	3	100%
2.- Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales áreas de su vida.	3	100%	2	66%
3.-Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación	3	100%	3	100%
4.- Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o energía.	1	33%	3	100%
5.- Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables	3	100%	3	100%
6.- Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.	2	66%	3	100%
8.- Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.	3	100%	2	66%

CAPITULO 6. DISCUSIÓN.

En la muestra de pacientes que se presentaron a consulta en ambas instituciones de salud pública hubo niños que presentaron problemas de conducta, el número y rango de edad en ambas muestras es similar (fig.1). Una de las acciones específicas que el CF-17 del DIF ha implementado son programas y actividades llevadas a cabo y que van orientadas a niños en esta etapa de su vida son el Programa de Niños Talento, así como recibir clases de Inglés.

Por otra parte, el hecho de que a esta edad los niños de esta muestra presentaran conflictos en el comportamiento y/o el afecto puede deberse a lo que Lidz (1985) sustenta en decir que al empezar la edad escolar los niños compiten con sus pares, inicia así la socialización secundaria en que de alguna manera deberán arreglárselas solos. Les es necesario renunciar a muchos de sus deseos y disimular algunas particularidades suyas para encajar en el grupo.

El rango de edad a partir de los 33 años presenta diferencia notable en el número de sujetos del CS y del DIF (Fig.1), una razón posible radica en que, por tradición este centro familiar ha tenido programas y actividades orientados a la mujer y sus hijos. Se ofrecen actividades de baile: danza regional y baile moderno. Se han tenido que formar grupos establecidos por horarios en específico dada la aceptación que esta actividad ha tenido en los últimos años. La comunidad que participa son principalmente mujeres entre 30 y 50 años. (Saucedo, I comunicación personal 27-febrero-2012).

Cuatro de las personas en este rango de edad, 33 años en adelante (fig. 1) fueron mujeres que tomaban parte de alguna actividad o recibían algún beneficio, es decir, eran asistentes constantes de este centro familiar.

En la provisión de los servicios sociales, (Machado, 1989, citado por Turabián, 1995) señala que hay un eje de carácter biomédico, tal es el caso del Centro de Salud Rovirosa. Este centro puede ser caracterizado con lo que López (1982) define como un servicio de atención individual con fines preventivos, curativos o rehabilitatorios.

Dada esta connotación evidentemente médica, puede influir de una forma a los asistentes a este tipo de servicio, es de señalarse que uno de los casos (ver anexos, ejemplo de caso con trastorno límite de la personalidad), se presentó en primera instancia en el área de medicina general donde le fue dicho que no tenía algún padecimiento orgánico, por lo que posteriormente, fue referido al servicio de salud mental.

Respecto a las frecuencias encontradas de las impresiones diagnósticas, se ha mencionado que únicamente en el CS "Rovirosa" hubo casos con trastorno de la personalidad límite.

Aunque la medición con la prueba U de Mann-Whitney (tabla 3) permite deducir que el azar ha influido y que la diferencia no es significativa entre el total de la muestra del

DIF y el CS Roviroso; en términos cualitativos sí puede pensarse que un paciente con sintomatología border “*por estar sobre el límite entre la neurosis y psicosis reflejando la naturaleza severa del síndrome*” (Segal et al, 2006, p. 67), resuelva el paciente o su familia optar por un servicio individual y curativo, en vez de un servicio cuyo alcance es colectivo (López, 1982).

La impresión diagnóstica del trastorno límite que se identificó, constó de cuatro personas, tres mujeres y un varón; aunque esta muestra es pequeña, en términos de porcentaje el 75% son mujeres (tabla 4). Esto es consistente con el DSM-IV-TR en donde se afirma que un 75% de los casos diagnosticados con este trastorno son mujeres.

El 10% de pacientes ambulatorios en centros de salud mental son de trastorno límite de la personalidad, a saber del DSM-IV-TR. En el CS Roviroso la frecuencia fue de 13%; la diferencia puede deberse, por un lado a que la muestra de 15 sujetos en general fue mayor en el género femenino; por otro lado hay predominio de jóvenes, cuya edad promedio fue de 23 años (fig. 1), lo que hace posible hallar más casos fronterizos.

Este desorden de personalidad, también llamado borderline, se caracteriza por una extrema inestabilidad en relaciones interpersonales, la autoimagen, comportamientos y emociones (Segal et al, 2006). Esto puede corroborarse en el ejemplo de caso mostrado en este trabajo (ver anexos). El paciente masculino de 26 años sostuvo una relación de ocho años con un hombre mayor para después abandonarlo. Un mes más tarde tenía planes de boda y de formar una familia con una chica de 18 años a quien acababa de conocer; pero que se decía enamorado de ella.

Lo anterior también se explica como la relación de objeto que el paciente fronterizo establece con las personas. Modell (citado por Coderch, 1991) considera que el paciente límite inviste al otro sobre cualidades que le proyecta, de esta forma la otra persona no es percibida como es en realidad, sino como el border lo idealiza o eventualmente lo desvaloriza. El criterio 2 en el cual se refleja este enfoque psicodinámico fue mostrado por los pacientes en relación a la pareja o los padres, según el caso personal.

El criterio 5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación (tabla 4), estuvo presente en tres de los casos: al cortarse con una navaja cutter, al desear cortarse y al manifestar deseos de morir. En cuanto a la conducta de cortarse, Segal et al (2006) refiere que estos pacientes no tienen intención real de matarse; es posible que, como el autor dice “*se sienten crónicamente aburridos o vacíos y son percibidos por otros como manipulativos, volubles, demandantes y exasperantes*” (p. 68), así, al haber componentes de vacío y de demanda como en los casos del CS Roviroso, cortarse o querer hacerlo, junto con la demanda de atención evidencia su conflicto existencial.

En relación con la distimia (tabla 5), el DSM-IV-TR menciona que en edad temprana, la distimia se puede presentar tanto en hombres como mujeres; sin embargo, en la etapa adulta son más las mujeres que presentan distimia. Esto es coincidente con la muestra

en ambas instituciones de salud pública, DIF y CS Rovirosa, en que los casos fueron nueve mujeres y un hombre.

Kramlinger (2001) afirma que es una forma prolongada de depresión leve, caracterizada por una perspectiva persistentemente sombría; esta observación es adecuada en los casos identificados en ambos centros de salud pública, como en el ejemplo de caso mostrado en esta tesis cuando la paciente dice “...si no hubiera sido por mi enfermedad (depresión) hubiera podido hacer más cosas y ni modo, yo ya no puedo hacer nada de lo que me hubiera gustado hacer (estudiar)”

El primer criterio para la distimia (tabla 5): pérdida o aumento de apetito, se presentó en dos casos en cada centro de servicio de salud pública, puede decirse que se trata de un síntoma característico de distimia. Suárez (2009) hace referencia a los griegos (Sorato de Efeso) quienes desde entonces habían identificado la depresión con relación a dificultades del tubo digestivo.

Wells et al (1989, citados por Feighner y Boyern, 1992) han afirmado sobre la distimia que *“a pesar del bajo nivel de gravedad de su sintomatología, su sufrimiento y discapacidad es mayor que las condiciones físicas crónicas”* (p. 50). Lo cual se ve reflejado en la mayoría de ambas muestras; 71% DIF y 100% CS, en el criterio 4: baja autoestima. Todos ellos carecían, por ejemplo de un sentido de pertenencia a un grupo más allá de la familia y un total rechazo a la posibilidad de socializar.

El criterio 6: sentimientos de desesperanza, mostrado en un 71% DIF; y 66% CS, se reflejó principalmente en haber abandonado el medicamento que anteriormente les había sido prescrito y en haber abandonado terapias anteriores por considerar ambas opciones con frases como “eso no me ayuda en nada”; “...Porque no tiene ningún caso tomármelas, sólo me va hacer más daño del que ya tenía”; “...no tengo que andar diciendo a nadie mis cosas”. Esto es consistente con Akiskal et al (1980; Keller, 1990, citados por McCullough, 2003) respecto a que la depresión crónica no responde favorablemente a la farmacoterapia o la psicoterapia; y que se trata de un trastorno resistente al tratamiento.

Tal pronóstico desfavorable puede deberse a las dificultades para identificar este trastorno, tal vez porque *“el campo está reconociendo lentamente que hasta fechas muy recientes, las depresiones crónicas se diagnosticaban de manera errónea, se habían estudiado poco y se habían tratado de manera deficiente”* (McCullough, 2003, p. 9). De tal forma que la distimia *“que podría ser un trastorno reversible a los 25 años de edad, es mucho más difícil de modificar 20 años más tarde”* (Elkin, 2000, p. 80).

Otra de las muestras de caso hallado en este trabajo de investigación (ver anexos), fue el trastorno disocial. El DSM-IV-TR señala que dicho trastorno es uno de los más frecuentemente diagnosticados en centros de salud mental para niños; lo cual también puede ser considerado en relación a la muestra correspondiente al Centro de Salud Rovirosa para esta impresión diagnóstica (tabla 6), cuya frecuencia de casos fue la mayor, cinco en total (16%).

Cabe hacer un énfasis sobre esta impresión diagnóstica (tabla 6), referente al criterio 3: ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola). A su vez el criterio 4: ha manifestado crueldad física con las personas; criterio 5: ha manifestado crueldad física con animales; puesto que se les puede considerar de mayor gravedad. Hubo dos casos, uno en el DIF y el segundo en CS Rovirosa que se distinguieron por este nivel de sintomatología: haber matado un gato con un ladrillo, haber clavado lanzas a su perro, haberle lanzado una moneda al ojo de una persona sin sentimiento de arrepentimiento provocando conflictos familiares y una expulsión de la escuela.

El riesgo que conlleva este tipo de comportamiento, Herrera (1972), lo previene en “*personalidades que por sus actitudes inadecuadas suelen promover conflictos consigo mismo o con los demás (...) desde los querellantes, los fantásticos y los necesitados de estimación, hasta los (...) criminales, perversos, delincuentes, etc. (...)*.” (p. 7).

Cabe destacar que el 100% de ambas muestras en DIF y CS Rovirosa a menudo miente para obtener favores o bienes o para evitar obligaciones (tabla 6, criterio 11): simular estar enfermos, ausentarse de forma prolongada de la escuela a base de inventar situaciones familiares inexistentes, considerarse a sí mismos víctimas de los demás. Al respecto, Kraepelin citado por Herrera (1972) los describe de entre casos de psicópatas caracteriales como mentirosos y farsantes.

Dada la seriedad que implica este trastorno es importante hacer notar como Lane y Beauchamp (1985) señalan que:

(...) para comprender a otro ser humano, debemos conocer sus antecedentes. Y algo más importante aún, debemos comprender en qué forma respondió dicho individuo a lo que le ha sucedido y qué ha sentido sobre los acontecimientos de su vida. Cuando buscamos las razones de la conducta de los niños y jóvenes, encontramos causas. Comprender las causas tiende a reducir nuestra propensión a la crítica. (p. 26).

De tal manera que explorar lo más completamente posible la vida de la persona, como lo hecho en esta investigación con los pacientes valorados en ambas instituciones de salud pública, conlleva el poder vislumbrar “*cuando el mal comportamiento es persistente, repetitivo y desmedido un diagnóstico de desorden de conducta puede estarse confirmando*” (Black, 1999, p. 35).

La *persistencia* que refiere Black se halló reflejada en el criterio 1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros; en el 75% DIF y el 80% CS: empujar a otros compañeros o darles de “zapes”, amenazar a otros con golpearlos aprovechando la complejión física superior. Lo *repetitivo* se reflejó en el criterio 15, sólo en un 40% en el CS Rovirosa, suele faltar a la escuela iniciando antes de los 13 años. El comportamiento *desmedido* que también refiere Black se ve reflejado en el criterio 2 de la muestra de pacientes; a menudo inicia peleas físicas; 50% DIF y 60% CS: provocar a otros ya sea en un juego, en el aula o contra hermanos o hermanas. También en el criterio 9, daño a propiedad; 50% DIF y 60% CS en que hicieron grafiti en paredes

dentro de los baños de la escuela, rompieron cristales, metieron cuetes encendidos dentro de la mochila de otros, rompieron ventanas.

“sujetos con este tipo de trastorno pueden ser insensibles, careciendo de sentimientos apropiados de culpa o remordimiento. Los sujetos con trastorno disocial pueden estar dispuestos a dar informaciones acerca de sus compañeros e intentan acusar a otros de sus propias fechorías”. (DSM-IV-TR, pp. 109- 110).

Es muy importante hacer mención, que no se puede afirmar de forma absoluta que los casos encontrados en el Centro Familiar 17 del DIF y en el Centro de Salud Rovirosa, cuya impresión diagnóstica fue de trastorno disocial con base en el manual DSM-IV-TR, son a su vez, casos de psicopatía.

Patrick (2006) *“...la razón de la diferencia (Kazdin, 1997) entre problemas de conducta y la psicopatía tiene un gran problema que resolver en relación a considerar el afecto, la relación interpersonal y tal vez, la motivación...”* (p.390).

El autor, también ha citado a autores como Forth, Kossom quienes han encontrado que de un grupo de adolescentes infractores evaluados bajo los criterios del DSM-IV, el 97% eran disociales, pero menos del 30% de ellos mismos tenían una psicopatía que se confirmó mediante una lista de cotejo (PCL:YV) elaborada por aquellos autores en el 2003.

Por otro lado, la muestra de casos identificada como el trastorno de la personalidad dependiente (tabla 7), y en relación con el DSM-IV-TR menciona que no hay una diferencia significativa entre hombres y mujeres; sin embargo, este trastorno se ha diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres. Tal ha sido la muestra de esta investigación en ambos centros de salud pública en que sólo se identificaron mujeres; tres en uno y tres en otro centro por igual.

Las pacientes de ambos centros coinciden en el criterio 1 (tabla 7), en tener dificultades para tomar decisiones, lo cual es posible suponer como señalan Beck et al (2005), que hay una búsqueda de placer y evitación del dolor con espera pasiva de que otras personas proporcionen refuerzo; esto como pauta del pasivo-dependiente (ver ejemplo de caso).

Asimismo, las seis pacientes tuvieron dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por temor a perder el apoyo (criterio 3), sobre todo en relación a la pareja: no discutiendo, aceptando imposiciones por la vestimenta o el peinado que debían llevar. Esta característica se relaciona con la descripción de Kraepelin (1913) como una personalidad incapaz; Schneider (1958) se refirió a una voluntad débil. (citado por Semerari et al, 2008).

En el criterio 5, también el 100% de ambas muestras coinciden en ir demasiado lejos por el deseo de obtener protección y apoyo. Esto se manifestó mediante súplicas a sus parejas por no ser abandonadas, pretender ignorar un abuso sexual cometido contra el hijo propio por parte del esposo para que éste no se fuera de la casa, ir reiteradamente a recoger al marido de la calle para bañarlo y asearlo sin ninguna expectativa de retribución (agradecimiento del marido) por parte de la paciente en cuestión.

Lo anterior puede ser entendido bajo la descripción de una “*personalidad oral especialmente poco determinados, proclives a las influencias externas y constantemente en búsqueda de figuras capaces de restablecer el ambiente seguro ofrecido por la madre durante el amamantamiento*”. (Abraham, 1927; Fenichel, 1945; citados por Semerari et al, 2008, p. 322-323).

Anderson (1966) citado por Beck (2005) ha mencionado que el antecedente de la categorización diagnóstica de la personalidad dependiente fue de “reacción inmadura”, Se manifiesta como desamparo o respuestas inadecuadas, pasividad, obstruccionismo o estallidos agresivos. Tal es el caso como ejemplo expuesto en esta tesis (ver anexos), en que la paciente de 35 años sufrió de chica el rechazo de su madre, lo que la hizo sentirse desamparada; por otro lado, tuvo un estallido de ira luego del abandono de su pareja destruyendo sus documentos: credenciales, licencia de manejo y sacando sus pertenencias a la calle.

Una característica que distingue a este trastorno, es que no es del todo evidente en su sintomatología “*la personalidad abiertamente dependiente no tuvo su propio diagnóstico en casi ninguno de los primeros sistemas de clasificación*” (Beck et al, 2005, p. 307). El autor también refiere que en el DSM-II (1968) se hablaba del paciente como trastorno personal por inadecuación en que el individuo no parece ni física ni mentalmente deficiente.

Aunado a lo anterior, Semerari (2008) apunta que aun siendo uno de los trastornos más frecuentes del eje II, este trastorno queda relativamente desatendido por la investigación clínica, además afirma que hay una baja especificidad de los síntomas y escasez de problemas en la relación terapéutica en las fases iniciales.

En relación a los casos identificados en el CF-17 del DIF, dos de las tres mujeres no mostraban síntomas evidentes en un inicio, una de ellas formaba parte en el grupo de danza regional ofrecido en el mismo centro familiar; otra de ellas pertenecía al club de la tercera edad. Sólo mediante las entrevistas hechas a profundidad y detalle en las diferentes áreas de la vida de la persona, y sin intención alguna de enjuiciar u ofender a los pacientes (ver ejemplos de casos), fueron haciéndose evidentes los síntomas.

Cualitativamente hablando, el CF-17 y CS son evidentemente distintos por el tipo de servicio que ofrecen a razón de que “*las funciones institucionales son ejecutadas por una organización de determinada manera (...) adquiere así una cierta significación*” (Oghburn, 1958, p.483). La distinción más clara entre el CF-17 y CS la establece López (1982) al afirmar que en la estructura económico-social del país se generan una o varias instituciones para proporcionar servicios de salud que enfrenten en mayor o menor medida las necesidades de salud; en este punto se debe mencionar que el CF-17 del DIF cumple con menor medida la demanda de atención psicológica de la población en Santa Úrsula Coapa, al contrario del CS Rovirosa que en mayor medida la cubre.

Capítulo 7. Conclusiones, reflexiones y sugerencias.

A partir de la presente investigación se concluye que:

1.- La frecuencia en ambas muestras es de pre-adolescentes y adolescentes, cuya problemática es en el área afectiva y el comportamiento, que eventualmente, puede tener repercusiones en la personalidad.

2.-Se presentaron más casos de mujeres en ambas instituciones de salud pública con impresión diagnóstica como el trastorno límite de la personalidad, el trastorno de la personalidad dependiente y distimia. La relación entre el género y el trastorno coincide con lo que señala el DSM-IV.

3.-A su vez, casi la totalidad de los casos para el trastorno disocial, en ambas instituciones de salud pública, son hombres. La relación entre el género y el trastorno coincide con lo que señala el DSM-IV; sin embargo, esto no conlleva decir necesariamente que son casos de psicopatía (Patrick, 2006).

4.-La hipótesis nula se acepta: No hay diferencia significativa en la frecuencia de trastornos mentales como el trastorno de personalidad dependiente, el trastorno disocial, el trastorno de la distimia y trastorno límite de la personalidad entre el CF-17 del DIF y el Centro de Salud "Rovirosa". Es decir que las personas acudieron a una u otra institución sin importar si una tiene carácter colectivo y la otra, médico. La demanda de atención psicológica es lo que requieren.

5.-Los factores que determinan una patología son varios, contribuyentes y precipitantes (Millon, 1998); contribuyen a la eventual inestabilidad de la persona como pueden ser carencias económicas, violencia intrafamiliar, estatus social bajo, escasa preparación académica, condiciones precarias de salud, ser objeto de maltrato y discriminación. También repercuten causas precipitantes para una patología como la pérdida del empleo, el cambio del lugar de residencia, sufrir accidentes de consecuencias graves, la muerte de seres queridos, sufrir una violación, etc.

Reflexiones.

En un contexto cualitativo, tras este trabajo de investigación se pueden destacar patrones constantes encontrados y que se pueden conceptualizar. Al ser llevadas a cabo las entrevistas clínicas a profundidad con los pacientes, ha sido notorio, tras el análisis de los casos, que la vida de un individuo se compone de al menos tres tipos de eventos o situaciones durante su vida; a saber:

a) algún *evento significativo* en cuya característica psicológica principal hay un antes y un después para la persona: el rechazo de la madre o el padre, haber sufrido una violación, haber perdido a un ser cercano, haber presenciado una muerte, etc.

b) algún *evento importante* en cuya característica principal hay un proceso constante en el tiempo: contenidos de pensamiento con ideas hipervaloradas o con ideación suicida, procesos emocionales egodistónicos, déficits de conducta adaptativa, poca orientación hacia objetivos constructivos, prejuicios o juicios erráticos sobre el entorno, etc.; y que luego de un tiempo conforman un cuadro sindromático, cuya impresión diagnóstica puede ser de un tipo de trastorno o de otro.

La impresión diagnóstica como las obtenidas en esta investigación, más aun, la confirmación de un diagnóstico preciso representan el evento importante, porque a partir de ahí se puede trabajar con el paciente, incluso involucrar a su familia para impulsar un cambio.

c) los *eventos rutinarios*, cuya característica principal es el estilo de vida del individuo en el tiempo presente, aquí y ahora, conformado por las características de los dos eventos anteriores; por ejemplo, no regirse por normas o moral, depender emocionalmente de otros, orientarse únicamente por los aspectos negativos o destructivos o vivir en una condición crónica de vacío, cuya búsqueda sea tratar de llenarlo dentro de un contexto laboral, familiar, académico, etc.

También se ha identificado que en estos eventos subyace una intención como la de alcanzar un estado de eutimia o de tranquilidad; aunque sea por medios inadecuados como la ideación suicida, robar dinero para adquirir bienes de consumo, cambiar de orientación sexual para recibir afecto o tener múltiples parejas, someterse antes que entrar en conflicto con otros como la pareja o los padres, mentir para evadir responsabilidades, cortarse para mitigar sensaciones de vacío.

Por medio de esta investigación se deja un antecedente sobre problemáticas psicológicas que pudieran estar sucediendo en la colonia Santa Úrsula Coapa de tipo disocial, distímico, personalidad dependiente y personalidad límite.

Luego de las valoraciones e impresiones diagnósticas que se detectaron, es evidente que un individuo depende de diversos factores para su posible desarrollo. Factores culturales, sociales, económicos, psicológicos los cuales favorecen la integración del yo; sin embargo, un individuo puede no estar consciente de ello o aún estándolo subestima tales factores: escasas expresiones de afecto en el entorno familiar, carencia económica

que puede potenciar el robo, no asumir un rol claro de género o una orientación sexual que permita orientarse sobre metas definidas, no contar con un sentido de pertenencia a un grupo más allá del entorno familiar que genere un sentimiento de aceptación.

No ajustarse a una moral o ética, a un rol social, a una actividad económica productiva, a alguna creencia religiosa para apoyarse emocionalmente en sus símbolos; pero también depender en demasía de lo anterior va generando una actitud y comportamiento social característico; por ejemplo y en un contexto más amplio: la corrupción asociada a la clase política que sugiere un comportamiento disocial o la práctica de bullying escolar en el que subyace el mismo tipo de conducta.

El fenómeno de los jóvenes “ni-ni”, cuyo pesimismo al no ver un sentido por estudiar porque no obtendrán empleo relacionado con sus estudios universitarios, entonces mejor no hacen nada, se asemeja a la distimia. La violencia de género que se presenta desde el noviazgo hasta el matrimonio y que sugiere una dependencia emocional por la que una de las parejas tolera abusos y maltratos.

Cuestiones de tipo ontológico como ejercer la voluntad de poder (Nietzsche, XIX); tener un proyecto de vida o aceptar las consecuencias de ejercer la libertad (Sartre, XX); aceptar la experiencia de la angustia ante lo desconocido (Kierkegaard, XIX); son cuestiones que atañen al ser; y desde lo filosófico abarcan la generalidad del ser humano.

Psicoanalistas y psiquiatras, en el siglo XX, se acercaron a esta filosofía existencialista: Jung (inconsciente colectivo); Jaspers (observación fenomenológica); Minkowski (la pérdida del contacto vital con la realidad); Ey (la desestructura progresiva de la conciencia); Fromm (el miedo que produce separarse de un grupo sin posibilidad de retorno y el estado de separidad), por considerar que la psicopatología abarcaba poco sobre la comprensión del ser humano.

Igualmente la psicología clínica puede aplicar aspectos filosóficos que son más profundos en relación con el paciente, por lo que en el acercamiento con el mismo bien pueden retomarse estas cuestiones existenciales para comprenderlo mejor.

Sugerencias.

Esta investigación tuvo la intención de tomar como referencia algún estudio sobre prevalencia de trastornos mentales que se haya realizado en las instituciones de salud pública ya mencionadas; sin embargo, no se cuenta con información de este tipo. Poder precisar los principales padecimientos mentales en la colonia Pedregal de Santa Úrsula Coapa sería una tarea diagnóstica, a partir de la cual, se pueden planear programas de prevención e intervención precisos.

Aunque el Centro Familiar-17 del DIF ha brindado servicio psicológico, este ha sido muy irregular. Sólo ha habido un psicólogo o psicóloga por cierto periodo de tiempo. Esta inconsistencia conlleva una incertidumbre para con las personas que deciden ir al centro familiar para recibir consulta, lo que termina en un tratamiento psicológico probablemente inconcluso.

La población concurrente a este centro está compuesta por niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Es evidente que hay un campo para la investigación psicológica en el CF-17 del DIF muy importante. Podría llevarse a cabo una descripción estadística de esta población, así como diseñar experimentos como correlación de variables o medición de las diferencias entre muestras para comprobar la eficacia de algún tratamiento o condición en grupos de la tercera edad, niños del servicio preescolar o jóvenes que pertenecen al programa “niño talento”.

En materia de conducta, pensamiento y emoción, una labor conjunta de prevención e intervención por parte del DIF y el CS Rovirosa respectivamente, podría llegar a tener efectos claros o cuantificables acerca de los colonos de Santa Úrsula Coapa.

Una aportación que esta investigación hace, es ver lo importante de la realización de un estudio más completo de prevalencia de trastornos mentales en esta colonia. Las características en las relaciones interpersonales, el afecto, la cognición y el control de los impulsos se reflejan en el ámbito social de la colonia Santa Úrsula. En años recientes se ha incrementado la actividad comercial y delincuencia en esta zona.

Esta investigación puede contribuir, a su vez, como un factor que oriente programas de prevención sobre las impresiones diagnósticas identificadas, de tal forma que se realicen pláticas de prevención para con la conducta disocial en las escuelas dentro de la zona, pláticas a mujeres sobre la autoestima para combatir la depresión crónica y la dependencia emocional generalmente en relación a la pareja, es decir, que las manifestaciones de ansiedad analizadas más a profundidad revelan aspectos patológicos más complejos.

Este trabajo de investigación puede servir como una base que propicie un estudio posterior a manera de replicar los datos encontrados y llevarse a otras comunidades e instituciones. El hecho de que ambas muestras provenientes de la misma población no hayan resultado ser diferentes significativamente permite inferir que esta población demanda atención psicológica, lo mismo puede resultar en otras poblaciones.

Bibliografía

Ardila, R. (1981) *Psicología Fisiológica* 2da edición. México: Trillas Ed. (p. 141).

Beck I ; Freeman A; Davis D. (2005) *Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad* 2da. Edición. Barcelona: Paidós Ibérica Ed. (pp. 307-309).

Black, D. (1999) *Bad boys, Bad men. Confronting antisocial personality disorder*. New York: The Guilford Press. (pp. 35, 36).

Bottomore, T. (1989) *Introducción a la Sociología*. Barcelona: Península Ed. (p. 167).

Bravo, C; Velázquez, M. (2001) *Trabajo de Tesis Diagnóstico e intervención en salud comunitaria*. (pp. 13, 14).

Butcher J; Minenka S; Hooley J. (2007) *Psicología Clínica* 12a edición. España: Pearson Educación Ed. (p.4).

Caballo E; Buela-Casal G; Carroble A. (1995a) *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. México-España: Siglo XXI Ed. (p. 3).

Caballo, E. (2004b) *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis Ed. (pp. 26-28).

Centro de Salud “Gustavo A. Roviroso Pérez” (1989a) *Programa General*. (pp. 2,3).

Centro de Salud “Gustavo A.Roviroso” (1989b) *Programa del Servicio Piloto de Psiquiatría y Salud mental Comunitaria*. (pp.2, 3).

Centro de Salud “Gustavo A. Roviroso” (1989c) *Programa de Atención Curativa*. (pp. 2-5).

Chinoy, E. (1992) *Introducción a la Sociología*. México: Paidós Ed. (p. 47).

Clérambault, G (2004) *Automatismo mental. Paranoia* 1ª.ed 1ª reimpresión. Buenos Aires: Polemos Ed. (p. 84).

Coderch, J. (1991) *Psiquiatría Dinámica*. Barcelona: Herder Ed. (p. 339).

Compas, E; Gotlib H, (2003) *Introducción a la psicología clínica. Ciencia y práctica*. México: MacGraw Hill Ed. (pp. 7, 34).

Cullari, S (1998) *Fundamentos de psicología clínica*. México: Pearson Education Ed. (pp. 1, 11-13).

- Díaz, I. (1998) Técnica de la entrevista psicodinámica. México: Pax Ed. (pp. 95-113, 154).
- DSM-IV-TR (2002) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 1ª edición. Barcelona: Masson. (pp. 109, 110, 111, 113, 114, 115, 424, 426, 427, 792, 794, 795, 810, 811).
- Elkin, D. (2000) Psiquiatría clínica. México: McGraw-Hill Ed. (p. 80).
- Ey, H; Bernard, P; Brisset, C. (1978) Tratado de psiquiatría octava edición. Barcelona: Masson Ed. (p. 3).
- Feighner, J; Boyer, W. (1992) Perspectives in Psychiatric volume 2. Diagnosis of depression. England: Wiley Ed. (p. 150).
- Fuller, Walsh, McGuinley. (1997) A century of Psychology. Progress, paradigms, and prospects for the new millennium. New York: Routledge. (p. 88).
- Garfield S. (1979) Psicología Clínica: un estudio sobre la persona y la conducta. México: El Manual Moderno Ed. (p.1).
- González A; Fuentes M; De La Morena R; Barajas C (1995) Psicología del Desarrollo: Teoría y Práctica. España: Aljibe Ed. (p. 359).
- Harré R; Lamb R. (1990) Diccionario de Psicología fisiológica y clínica 1ª edición. España: Paidós Ed. (pp. 254-255).
- Herrera, L. (1972) Las personalidades psicopáticas 2da edición. Barcelona: Científico-Médica Ed. (pp. 7-9).
- Horwitz V; Scheid L. (1999) A handbook for the study of mental health. USA: Cambridge University Ed. (pp. 104, 105, 108).
- Hothersall, D. (1997) Historia de la psicología 3er edición. México: McGraw-Hill Ed. (pp. 260, 300, 304).
- Jarne A; Talam A. (2000) Manual de psicopatología clínica. Barcelona: Novagrafik Ed. (p. 40).
- Kramlinger, K. (2001) Guía de la clínica Mayo sobre depresión. México: Intersistemas Ed. (pp. 50, 51).
- Kantor, M. (1992) Diagnosis and treatment of the personality disorders 1st edition. St. Louis Missouri: Ishikayu EuroAmerica Ed. (pp. 1, 2).
- Lane H; Beauchamp M (1985) Comprensión del Desarrollo Humano. México: Pax-México Ed. (p. 26).
- Larrosa, V; Urdaniz, A. (2003) Trastornos de la personalidad. España: Elsevier Ed. (pp. 144, 146, 162, 163).

- López, D. (1982) La salud desigual en México 4ª edición. México: Siglo XXI Ed. (pp. 20, 95, 99).
- Lowe, G (1972) El desarrollo de la personalidad: de la infancia a la senectud. Madrid: Alianza Ed. (pp. 282-283).
- McCullough, P. (2003) Tratamiento para la depresión crónica. Sistema de psicoterapia de análisis cognitivo-conductual. México: El Manual moderno Ed. (pp. 9, 11).
- Millon, T. (1998) Trastornos de la personalidad. Barcelona: Masson Ed. (pp. 85,86).
- Nickel H (1980) Psicología del Desarrollo de la Infancia y de la Adolescencia. España: Herder Ed. (pp. 330-331).
- Ogburn, W; Nimkooff, M. (1958) Sociología 2ª edición. España: Aguilar Ed. (p. 483).
- Pagano, R. (1999) Estadística para las ciencias del comportamiento 5ª edición. México: International Thomson Editores. (pp. 3-7).
- Patck, J. (2006) Handbook of psychopathy. New York: The Guildford Press. (pp. 3, 4, 390).
- Pinillos, J. (1962) Introducción a la psicología contemporánea. Madrid: Bolaños y Aguilar Ed. (p. 157).
- Plante, T. (2011) Contemporary Clinical Psychology 3rd edition. New Jersey: Wiley Ed. (pp. 32,39).
- Reeve, J. (1994) Motivación y emoción. España: McGraw-Hill Ed. (p. 51).
- Rice, P (1997) Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital 2ª ed. México: Prentice-Hall Hispanoamerica Ed. (pp. 468, 471, 617, 618).
- Richard D; Huprich S. (2009) Clinical Psychology, assessment, treatment and research. USA: Elsevier Ed. (prefacio).
- Sandler J; Davison R. (1977) Psicopatología. Teoría del aprendizaje, investigación y aplicaciones. México: Trillas Ed. (pp. 17, 22-24).
- Saranson I; Saranson B. (1978a) Psicología Anormal 2ª edición. México: Trillas Ed. (p.17).
- Saranson I; Saranson B. (1996b) Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada 7ª edición. México: Prentice Hall Hispanoamérica Ed. (p.2).

Schults, D, Schults, S. (2008) A History of Modern Psychology 9th edition. USA: Thomson Ed. (pp. 240, 241, 243, 244).

Segal, L; Coolidge L; Rosowsky, E. (2006) Personality disorders and older adults. Diagnosis, assessment, and treatment. USA: John Wiley and sons Ed. (pp. 67, 68)

Semerari A; Dmaggio G. (2008) Los trastornos de la personalidad. Modelos y tratamiento. España: Desclée Brouwer Ed. (pp. 322, 323).

Soberón, G; Kumate, J. (1988a) La salud en México: Testimonios 1ª edición. México: Secretaria de Salud: Fondo de Cultura Económica Ed. (pp. 156-158).

Soberón, G; Kumate, J. (1988b) La salud pública en México: Reseña histórica 1982-1988, vol.1. México: Secretaria de Salud. (pp. 46, 51).

Stone J; Church J (1970) Niñez y Adolescencia 2ª ed. Argentina: Paidós Ed. (p. 283).

Suárez, M; Pujol, S. (2009) La depresión en la vida diaria. Guía práctica destinada al médico general para su detección, diagnóstico y tratamiento 1ª edición. Buenos Aires: Polemos Ed. (p. 18, 50, 51).

Turabian, J. (1995) Cuadernos de medicina de familia y comunitaria. España: Díaz de Santos Ed. (pp. 228, 229).

Vargas, G. (1958) Propedéutica psicoclínica. Ensayo sobre procedimiento psicológico clínico. México: Porrúa Ed. (p. 7, 8).

Veccia T (2002) Diagnóstico de la personalidad. Argentina: Paidós Ed. (p. 17)

Zax M; Cowen L. (1979) Psicopatología 2da edición. México: Interamericana Ed. (pp. 1, 5, 6).

Zenil M; Rocha S; Cordoba N; et al. (1976) Personalidad del Anciano. Estado de México. Instituto del Seguro Social del Estado de México. (pp. 94-95, 101).

Referencias electrónicas

El Siglo de Torreón “(2003, Enero, 12)” Aniversario del DIF (Documento WWW). URL <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/16305.aniversario-del-dif.html> (19)

Sistema Municipal Tehuacán (n. d/2012) Antecedentes históricos (Documento WWW). URL <http://www.dif.tehuacan.gob.mx/historia.php> “(visitado, 2012, febrero, 13).” (20)

DIF Estatal-Gobierno del Estado de San Luis Potosí (n. d/2009) Un gobierno para todos (Documento WWW) URL <http://dif.slp.gob.mx/historia.aspx> “(visitado, 2012, Febrero, 13).”

Anexos

Historia Clínica de Salud Mental.

Fecha:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Religión:
Edad.	Ocupación:
Sexo:	Domicilio:
Estado civil:	Teléfono:
Escolaridad:	Informante:
Lugar de nacimiento:	

I. Motivo de consulta (problema, síntomas; demanda y expectativas de tratamiento).

II. Observación en la entrevista. Evaluación (Descripción física; conducta; actitud; patrones de interacción, etc.).

III. Padecimiento (s) actual (es)

- a. Inicio (fecha y forma).
- b. Factores desencadenantes.
- c. Evolución.
- d. Estado actual.
- e. Tratamientos.
 - 1.- Farmacológico.
 - 2.- Psicoterapéutico.
 - 3.- Otro.

IV. Antecedentes familiares patológicos y no patológicos (elaborar familiograma).

V. Historia personal.

- a. Antecedentes patológicos.
- b. Historia del desarrollo.
- c. Embarazo.
- d. Familia.
- e. Escuela.
- f. Laboral.
- g. Sexual.
- h. Conyugal.

- i. Social.
- VI. Examen mental.
 - a. Actitud general.
 - b. Sensación.
 - c. Percepción.
 - d. Lenguaje.
 - e. Pensamiento.
 - f. Funciones intelectuales.
 - g. Afectividad.
- VII. Interrogatorio por aparatos y sistemas. Evaluación psicológica.
 - a. Batería psicológica.
 - b. Resumen del informe psicológico.
- VIII. Impresión diagnóstica.
 - 1.- Individual (paciente).
 - 2.- Familiar.
 - 3.- Diagnóstico psicosocial.
 - 4.- Diagnóstico psicodinámico.
 - 5.- Diagnóstico (DSM-IV-TR).
 - 6.- Otro.

IX. Plan de tratamiento (incluir metas de tratamiento).

- 1.- Farmacológico.
- 2.- Psicoterapéutico.
- 3.- Psicopedagógico.
- 4.- Otro.

X. Pronóstico.

- 1.- Recursos del paciente.
- 2.- Recursos de la familia.
- 3.- Características del encuadre.
- 4.- Otros.

XI. Observaciones:

Ejemplo de caso. Trastorno dependiente de la personalidad.

Paciente femenino 35 años, separada, con dos hijos varones 6 y 14 años. Se presenta aliñada y aseada, vestimenta casual acorde a su edad sin maquillaje ni pulseras, aretes o joyas puestas. Facies relajada, tono de voz suave, hace contacto visual.

Nivel de estudios bachillerato trunco. Es vigilante en un Samborns.

Motivo de consulta.

A: ¿En qué puedo servirle?

B: Bueno, yo vengo porque tengo dificultades por mi autoestima baja y esto me ha ocasionado muchos problemas con la gente que me rodea, no de ahora sino de siempre. Esto ha empeorado ahora que mi pareja se fue de la casa, no dejo de pensar en él, y siento que ya me está afectando bastante.

A: Bien, voy a hacerle una serie de preguntas, lo que Ud. me quiera contar es confidencial. Las preguntas son para saber acerca de su vida y en qué puedo ayudarle. ¿Está de acuerdo?

B: Sí.

Antecedentes familiares patológicos y no patológicos.

A: ¿Cómo se llama su papá?

B:.....

A: ¿Qué edad tiene?

B: 57 años.

A: ¿Cuál es su nivel de estudios?

B: Hizo la secundaria.

A: ¿Ocupación?

B: Ya no trabaja, antes era chofer de un camión de transporte, ahora vende en los tianguis.

A: ¿Padece de alguna enfermedad?

B: No que yo sepa, pero antes tomaba mucho.

A: ¿Él fue alcohólico?

B: Bueno él antes tomaba, no sé si al grado de ser alcohólico, nunca llegó a un grado que tuviéramos que internarlo, pero ahora ya no toma.

A: ¿Él fuma, consume o consumió droga alguna vez?

B: No.

A: ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez?

B: No.

A: ¿Ha estado en algún tratamiento psiquiátrico o psicológico anteriormente?

B: No, nunca.

A: ¿Cómo se llama su mamá?

B:.....

A: ¿Qué edad tiene?
B: 50 años.
A: ¿Cuál es su nivel de estudios?
B: Hizo la secundaria.
A: ¿Ocupación?
B: Es ama de casa.
A: ¿Padece de alguna enfermedad?
B: No.
A: ¿Ha sido intervenida quirúrgicamente alguna vez?
B: No.
A: ¿Ha estado en algún tratamiento psiquiátrico o psicológico anteriormente?
B: No, tampoco.
A: ¿Tiene algún vicio?
B: No.
A: ¿Tiene hermanos?
B: Una hermana mayor que yo (37 años, empleada, divorciada, sin antecedentes patológicos).

Antecedentes patológicos y no patológicos personales.

A: ¿Cuál es su nombre?
B: ...
A: ¿Qué edad tiene?
B: 35.
A: ¿Trabaja?
B: Soy monitorista en un Samborns.
A: ¿Ud. ha tenido enfermedades graves anteriormente o intervenciones quirúrgicas?
B: No.
A: ¿Sabe si en su etapa de crecimiento tuvo dificultades para hablar o caminar?
B: No que yo sepa.
A: ¿Ha estado en tratamiento psiquiátrico o psicológico antes?
B: No, pero sí lo he necesitado, nada más que por decidía hay veces que una no lo hace.
A: ¿Ha sufrido golpes en la cabeza que le hayan hecho perder el sentido o haya convulsionado?
B: No.
A: ¿Ha tenido abortos?
B: No.
A: ¿Ud. fuma, toma, ha consumido algún tipo de sustancias?
B: No, para nada, en ocasiones llego a fumarme un cigarro, no lo hago del diario, no lo considero como un vicio.
A: ¿Qué tal come normalmente: sus tres comidas, pasa hambre?
B: No como demasiado, pero tampoco me quedo con hambre.
A: ¿Y sus horas de descanso?

B: Hay ocasiones que no puedo dormir bien, no sé si tiene que ver que por mi trabajo hay veces que me toca cubrir el turno de la noche.

A: ¿Cómo considera su ritmo de vida regularmente?

B: Tranquilo, hay veces que sí se hace tarde, pero tranquilo.

Vida familiar.

A: ¿Cómo era la relación con su papá de chica?

B: Pues, no muy buena. Recuerdo que él era muy estricto con nosotras (su hermana). Siempre quería que estuviéramos haciendo algo de provecho, no le gustaba vernos sin hacer nada. Cuando él llegaba de trabajar, la casa ya tenía que estar limpia y yo procuraba que me encontrara haciendo la tarea, claro que había veces que veíamos la tele antes que llegara.

A: ¿Hubo golpes o insultos de su papá?

B: No, nunca me levantó la mano, alguna vez a mi hermana le pegó porque se salió sin su permiso; y **yo hacía lo que me dijeran, así no me metía en problemas.**

A: ¿Alguna vez fue cariñoso con Ud.?

B: No, en mi familia nunca hemos sido de mostrar afecto y hasta la fecha.

A: ¿Qué tal se llevaba con su mamá?

B: Mal, con mi mamá me sucedió algo que no he podido superar y yo creo que por eso mi autoestima ha estado por los suelos. (Facies afligida, voz temblorosa).

A: ¿Me quiere contar?

B: Pues en alguna ocasión estaba mi tía de visita, no sé cómo, al momento de entrar a la sala escuché que mi mamá le dijo claramente “...no sé porque, pero no quiero a (la paciente)...” esto es algo que me dolió mucho haberlo escuchado de mi mamá. (Comienza a llorar, mirada hacia el piso, postura encorvada). Hasta la fecha no sé ni por qué lo dijo.

A: ¿Hizo algo: se había portado mal o algo así?

B: No, siempre he sido tranquila.

A: ¿Qué edad tenía Ud. cuando esto ocurrió?

B: Como 7 u 8 años.

A: ¿Su mamá se dio cuenta que la escuchó?

B: No, ni mi tía, es algo que me he callado, pero que siempre lo traigo.

A: ¿Qué hizo enseguida de haber pasado esto?

B: Me quedé muy desconcertada, estuve llorando.

A: ¿En algún momento pensó en suicidarse?

B: No, nunca lo llegué a pensar ni creo que sea capaz de hacerlo.

A: ¿En algún momento llegó a escuchar voces o visto algo que no era real?

B: No, para nada.

A: ¿Sus calificaciones en la escuela, sus hábitos alimenticios o sus hábitos de sueño se vieron afectados de algún modo?

B: No, yo traté de aparentar que todo estaba normal; aunque por dentro sí me sentía triste.

A: ¿Ni a su hermana se lo contó?

B: No, yo creo que de chicas éramos distintas: ella era más abierta (sociable) y yo más bien tranquila.

A: ¿De qué manera se modificó la relación con su mamá?

B: Me hice más apegada a mi papá. Lo empecé a seguir mucho. Me apuraba con mis tareas y quehaceres para que me llevara a trabajar con él en el camión.

A: Me dijo que él no era cariñoso, ¿verdad?

B: Sí, pero yo prefería estar bien con él, aunque no demostrara cariño.

A: ¿Considera que había temor de ser rechazada por su papá como lo hizo su mamá?

B: Sí, yo pensaba que si no desobedecía, no iba a tener problemas con él.

A: ¿Cómo era la relación entre sus papas?

B: Algo distante entre ellos, que yo recuerde nunca vi que fueran unidos, que hicieran cosas juntos.

A: ¿Quién de ellos diría que dominaba en la relación?

B: Mi papá era el que decidía cómo tenían que hacerse las cosas.

A: ¿Se refiere a los quehaceres del hogar, las tareas, los permisos, etc.?

B: Sí.

A: ¿Habían pleitos o discusiones entre sus papas?

B: Sí; aunque no siempre. Mi mamá de repente se enojaba y era cuando se ponían a discutir, pero la mayoría de las veces se quedaba callada.

A: ¿Qué tiene en común con su mamá hoy día?

B: Ahorita que lo pienso, pues que también me ha quedado callada y he hecho cosas como mujer y esposa parecidas a ella, no lo había notado.

A: ¿Acostumbraban celebraciones como cumpleaños o navidades, etc.?

B: Eso sí, en los cumpleaños nos compraban un pastelito y tratábamos de estar contentos, lo mismo que en las navidades; pero de ahí en fuera...

A: ¿Considera que debió de haber tenido más muestras de afecto de sus papas?

B: A la vez sí y a la vez no, porque como fue algo que siempre fue así pues yo pensaba que así eran las cosas; por el otro lado pues yo creo que sí es importante tener estas muestras de cariño, por ejemplo, yo no soy cariñosa con mi hijo el mayor, no sé, no me nace, en cambio con el chico sí soy mucho de abrazarlo.

A: ¿Él grande es afectuoso?

B: Sí, se me acerca mucho y luego como ve que al chico le hago cariños, pues él también quiere.

A: ¿Y por qué no lo abraza?

B: No sé, pienso que ya está grande y que ya no lo necesita.

A: Ok, más adelante platicamos de esto.

Vida escolar.

A: ¿Qué tal le fue en la escuela, de qué se acuerda?

B: Era una niña muy tranquila, no me metía nunca con nadie.

A: ¿Tenía amigos: muchos, pocos?
B: Nunca fui de tener amigos. Recuerdo a mi amiga... con la que platicaba, en realidad no recuerdo mucho de esa parte.
A: ¿Alguna vez hubo algún problema serio con un maestro o maestra o compañeros?
B: No, por lo mismo que era muy tranquila, nadie se metía conmigo.
A: ¿Qué promedio llevaba?
B: Era de 8 y 9.
A: ¿Le agradaba la escuela?
B: No tanto, pero yo sabía que si sacaba bajas calificaciones me iban a regañar.
A: ¿Qué le decían sus papas respecto a las calificaciones?
B: Mi papá, que no quería ver sietes ni seises, y mi mamá que tenía que aprovechar los estudios, que no quería que fuera una floja. Incluso terminé la primaria con nueve final.
A: ¿La felicitaron sus papas por ello?
B: No, me dijeron que era mi obligación salir bien en los estudios.
A: ¿Qué opina de lo que le dijeron?
B: Pues que estuvo mal, porque yo sí esperaba que al menos me reconocieran mi esfuerzo. **Siempre hice lo que me pedían para tenerlos contentos.**
A: ¿En la secundaria qué tal: promedios, amigos, maestros?
B: Ahí bajó un poco mi promedio, era de 7 y 8 y salí con 8, sí tuve más amigos, nunca tuve problemas con los maestros.
A: ¿Cursó la preparatoria?
B: Sí, pero no la terminé, fue en un Bachilleres.
A: ¿Cuál fue el motivo?
B: Conocí a mi ex pareja y nos juntamos en aquél entonces (19 años ambos).
A: ¿Sus papas qué dijeron?
B: Que ya estaba grande y que ya sabía lo que hacía.

Vida sentimental y conyugal.

A: Antes de hablar sobre su relación de pareja ¿Tuvo antes otras relaciones?
B: Sí, hubo dos personas antes que él. Yo sé que estuvo mal pero sostuve una relación con un señor mucho mayor que yo, él tenía la edad de mi papá en ese momento (37) y yo tenía 15, y precisamente cuando me di cuenta de eso lo terminé.
A: ¿No se había dado cuenta de la diferencia de edades desde antes de comenzar la relación con él?
B: Sí, pero hubo algo que me atrajo de él que era la forma de tratarme: respetuoso, atento y pues las cosas se fueron dando, porque mi amiga era su hija, él era viudo, una cosa llevó a la otra y surgió la relación. Ya después hablé con él para decirle que no estaba bien lo que hacíamos porque él tenía la misma edad de mi papá y yo sentía como que estaba con mi papa, él lo entendió y terminamos luego de unos meses.
A: Sin embargo, él la trataba diferente (atento) que su papá.
B: Sí, pero aparte yo hacía cuentas y veía que en pocos años la diferencia de edades iba a ser cada vez más notoria y yo no quería que eso pasara.

A: ¿Tuvo más noviazgos?

B: En la secundaria anduve con un prefecto, él tenía 23 y yo tendría como 13 o 14 años, y no duré mucho con él.

A: ¿Quién dio por terminada la relación?

B: Yo, en realidad no nos veíamos, fuera de encontrarnos de repente en los pasillos no veía un porqué tuviéramos que seguir así.

A: ¿En alguna de estas relaciones se sintió mal por haber terminado?

B: En realidad, no mucho, que me haya deprimido...no.

A: ¿Tuvo relaciones sexuales con ellos?

B: No, las tuve con mi ex pareja.

A: ¿Cómo conoció a quien sería su pareja?

B: Él también iba al Bachillerés, estábamos en el mismo salón, empezamos a platicar, luego a salir de paseo, así nos hicimos novios hasta que me propuso que nos casáramos.

A: ¿Ud. tenía aspiraciones profesionales por las que ahora se arrepienta?

B: Algunas veces llegué a pensar en terminar una carrera, pero yo creo que de todas formas no la hubiera hecho, en realidad no me gustaba tanto la escuela, estudiaba porque como ya dije era para estar bien con mis papas y así no tener problemas.

A: ¿Con él tuvo su primera relación sexual, cómo la vivió: culpas, lo disfrutó?

B: Sí, pues no tuve problemas por haberme arrepentido.

A: ¿Qué la convenció de él que los otros no hayan hecho?

B: Más que nada que me sentía segura y protegida al estar con él.

A: ¿Tal como se sentía con su papá cuando era chica?

B: Pues... sí, creo que sí.

A: ¿Cómo fue que se separaron entonces?

B: Poco a poco me fui dando cuenta que, pues él no era lo que yo pensaba, no era el que yo había conocido.

A: ¿Qué la hizo darse cuenta?

B: Ya que nos casamos y después que nació mi primer hijo, empezó a andar de desobligado: se salía a platicar con sus amigos por horas, me costaba trabajo que me diera dinero para los gastos, luego empezó que a tomar y algunas veces se drogaba con los que se juntaba. Primero le decía que no estaba bien lo que hacía porque ya era alguien casado y con responsabilidades, luego le reclamé porque con el grupito con quienes se juntaba había mujeres y muchas veces una cosa lleva a la otra.

A: ¿Ud. decidió terminar?

B: Ese es el problema y quizá esté yo mal. **Él es quien se ha ido de la casa y yo he sido la que lo he buscado y hasta suplicado que regrese, esto ha sucedido tres veces.** La última vez que se fue le rompí sus papeles (actas de nacimiento, recibos otros), con unas tijeras corté su licencia de manejo y su credencial de elector; y fui a aventárselas a su casa (de sus papas). Pocos días después, a pesar de todo lo que me ha hecho, no sé por qué me sentí culpable y fui a pedirle disculpas por haberle roto sus cosas.

A: Cuando Ud. rompió sus cosas ¿escuchó voces, vio algo que la motivara a hacer esto?

B: No para nada.

A: ¿Qué es todo lo que le ha hecho él a Ud.?

B: Pues que **siempre le he dado gusto en todo para que no tuviéramos por qué pelear, al menos no quería ser yo la causante de los conflictos. Tuve que pagar deudas de él, porque si no lo iban a meter a la cárcel, esas deudas las sigo pagando y él como si nada. Me da pena decirlo, pero incluso me he tenido que poner prendas íntimas con las que yo no me sentía a gusto, pero lo hacía para tenerlo contento.**

A: Lo de las deudas y las prendas íntimas ¿él se lo pidió o Ud. decidió hacerlo?

B: **Después de todo, es el papá de mis hijos y decidí prestarle el dinero, no sólo no me pagó sino que ya después me dijo que si lo podía seguir apoyando porque andaba desempleado.** Ahora que maneja un taxi no he visto que me de nada de lo que le he prestado y pues, ese dinero mejor lo doy por perdido.

Y lo de las prendas íntimas, él me comentaba que me quería ver así, que le diera la sorpresa, pues lo hice más que otra cosa por él, no tanto por mí.

A: ¿Qué ha pensado hacer ahora?

B: No estamos divorciados, **no sé qué hacer, si buscarlo aunque él no lo merezca, ¿Ud. cree que sea buena idea buscarlo?**

A: Con todo lo que me ha comentado ¿por qué cree Ud. que debería buscarlo?

B: Lo he pensado mucho y llego a la conclusión que no me gustaría que mis hijos crecieran sin un padre, no quiero ser yo quien les quite la oportunidad de tenerlo cerca.

A: Sin embargo me ha dicho que él ha sido desobligado, que se sale con los amigos y hasta ha tenido que asumir sus deudas ¿Por qué pensaría que él quiere hacerse cargo de sus hijos o ellos quieren estar con él?

B: No, la verdad no, el mayor que ya se da cuenta lo tiene en el concepto de desobligado e irresponsable, pero yo pienso que el más chico lo puede necesitar por lo mismo que está más pequeño.

Como quiera que sea sí necesito que él me ayude a decidir sobre la educación que estamos dando a nuestros hijos.

A: ¿De qué manera necesita esta ayuda?

B: **Que hay veces en que mi hijo el mayor quiere salir y no sé si esté bien darle el permiso. Consulto con mi ex o con mis papas acerca de darle o no permisos al mayor.**

A: Entonces, ¿la relación entre él y su hijo mayor no es buena, no conviven?

B: Casi no, ahora que se volvió a ir de la casa pasa a verlo un rato. La vez pasada (dos semanas atrás) se los llevó, era sábado, según esto, él los iba a traer en la tarde, pero ya como a las 6 o 7 de la noche me empecé a preocupar de que no llegaban. **Le llamé de un teléfono público y me dijo que se iban a pasar toso el fin de semana en Cuernavaca. No sé qué me pasó, pero en ese momento me empecé a sentir muy mal,** yo le dije a mi ex que se regresaran porque me estaba poniendo muy mal y estaba en la calle y que necesitaba que me llevaran al doctor, pero no me dijo nada y me colgó.

A: ¿Qué hizo en ese momento?

B: Me quedé ahí parada hasta que se me pasó y me regresé a la casa.

A: ¿Cuánto tiempo permaneció ahí?

B: No lo recuerdo, habrán sido 10 o 15 minutos más o menos.

A: ¿Qué sintió luego que le dijo lo de irse a Cuernavaca?

B: No sé, me entró mucho miedo, sentía que no podía respirar, me maree, cuando le pedí que se regresaran es porque sentía que me estaba desmayando.

A: ¿Por qué considera que sintió todo esto?

B: Yo supongo que por la noticia que me dieron.

A: Sólo era por el fin de semana, ellos iban a regresar.

B: Sí, pero eso no fue en lo que habíamos quedado, debieron avisarme desde antes.

A: ¿Fue que no le avisaron o fue que sintió que la abandonaban?

B: No sé...es posible que haya sido eso; aunque me resulta ilógico.

A: ¿Siguió con este malestar después, se ha vuelto a repetir?

B: No, afortunadamente no he vuelto a tener esta sensación.

A: ¿Ha considerado la posibilidad de divorciarse?

B: No lo he considerado, es algo que debo pensar muy bien antes de hacerlo.

A: ¿En general cómo le está yendo con el cuidado de sus hijos?

B: Tengo problemas con el mayor, hay veces que me saca de quicio, le he pegado, hay veces que pienso que me estoy desquitando con él, porque con nadie más soy así.

A: ¿Qué hace él como para sacarla de quicio?

B: No obedece, se le pide que haga su cuarto y no lo asea, anda muy bajo de calificaciones, es muy probable que pierda este año, me han dado quejas de él en la escuela sobre su mal comportamiento; y por más que hablo con él no quiere entender.

Una ocasión lo tuvimos que andar buscando, le pedimos ayuda a una patrulla, ya eran como casi la media noche y “el señor andaba de vago” que porque se molestó no sé por qué y se salió...

A: ¿Diría que se parece a su papá?

B: Sí, se lo he dicho que no vaya a terminar como su papá de desobligado, pero no quiere entender.

A: ¿Qué tal le va con el chico?

B: No tengo problemas con él es muy dócil, algunas veces se pelea con su hermano, pero también lo sigue mucho.

Vida laboral.

A: ¿Actualmente, a qué se dedica?

B: Soy guardia de seguridad en un Samborns.

A: ¿Cómo le va en su trabajo?

B: En general bien.

A: ¿Qué tal se lleva con sus compañeros, jefes?

B: Bueno a mi jefe directo casi no lo veo porque las oficinas están en otro lugar. Los compañeros son sólo eso, en alguna ocasión hemos salido a tomar un café, pero esto es muy de vez en cuando.

A: ¿Ud. tiene contacto con el personal de la tienda?

B: No, si acaso con algún supervisor o gerente. Yo estoy encargada de monitorear las actividades en la tienda, si detecto algo extraño con los clientes me comunico a la

gerencia o la supervisión, entonces estoy aislada en donde sólo tenemos acceso los vigilantes de seguridad.

A: ¿Nunca ha tenido conflictos de ningún tipo con sus compañeros de trabajo?

B: No a ese grado, pero tengo un problema al respecto. Resulta que mi jefe directo es muy estricto, muy antipático, a mí ya me tocan vacaciones desde hace tiempo, pero no me atrevo a pedir las, siento que me va a decir que no. Estuve a punto de decirle la última vez que vino a supervisarnos y no lo pude hacer, me puse muy nerviosa. **No sé cómo decirle, en mi casa me dicen que es algo a lo que tengo derecho y solo tengo que solicitarlo, pero no sé cómo hacerle.**

A: ¿Tiene alguna otra dificultad en su trabajo?

B: No es directamente con mi trabajo sino más bien que desde esta última vez que se fue (su pareja), no dejo de pensar en mi ex, tengo ya algunos meses (3 aprox.) que no me lo puedo quitar de la cabeza, por más que trato de pensar en otra cosa me vuelve a la mente.

A: ¿Esto le sucede sólo en el trabajo?

B: En el trabajo y en cualquier momento del día, donde esté de repente se me viene a la mente y es algo que ya me está afectando. Si estoy con mis papas y mis hijos, me acuerdo de él y me viene un sentimiento de tristeza. **Hubo una ocasión en que estaba sola en mi casa y me entró un sentimiento de nostalgia que me puse a llorar y no supe por qué realmente (no estaba pensando en él).**

A: ¿Ha sido la única vez que le sucedió?

B: En el trabajo igual. Le comenté que me rolan de turno. **Una ocasión estaba cubriendo el turno de la noche, igual, me sentí sola, triste y comencé a llorar hasta que me calmé,** ahora si me viene esa sensación me trato de distraer, me pongo a pintarme las uñas u otra cosa que me distraiga en ese momento.

A: Y cuando Ud. piensa en él ¿qué piensa exactamente?

B: Pues que nada de esto debió haber pasado (el abandono), que quizá yo en algo fallé, pero luego me doy cuenta que fui la que dio más en la relación. Pero sí me gustaría que las cosas volvieran a ser como antes.

A: ¿Tiene deseos de volver con él?

B: Sí, aunque sé que eso ya no es posible, no descarto la posibilidad de que algo pase, de que él recapacitara, no dejo de pensar en lo bien que la pasábamos juntos.

Vida social.

A: ¿Cuenta con el apoyo de amigas o vecinas?

B: No, no soy de tener amigos o amigas, sí tengo conocidos; aunque no les tengo la suficiente confianza para contarles todo esto.

Tuve un compañero en mi trabajo, y pues he de confesar que sostuve una relación con él. Fue una de las ocasiones que se fue de la casa (su pareja), me sentía mal por ello. Ya habíamos platicado otras veces de nuestros matrimonios, el también era casado, teníamos casi los mismos problemas en nuestras relaciones de pareja y sucedió.

A: ¿Ud. sentía atracción sexual por él?

B: No como tal, más bien me sentía sola y pues vi la oportunidad de estar con alguien, además él (su pareja) ya me había puesto los cuernos otras veces y era justo que yo lo hiciera también.

A: ¿Lo hizo por venganza o por sentirse sola?

B: Yo pienso que ambas cosas; pero al final de cuentas no lo disfrute, es algo que no lo volvería a hacer ni con él ni con nadie.

A: ¿Su compañero del trabajo lo volvió a buscar después de esto?

B: No, simplemente nos dejamos de ver, lo pasaron para otra tienda y no paso nada más.

A: Me comentaba que tiene conocidos, ¿sale con ellos o se reúnen por algún festejo en particular?

B: Muy de vez en cuando, sobre todo tratándose de algún evento social importante, por ejemplo: hace poco fuimos a una boda.

A: ¿Se divirtió: bailó, tomó?

B: Sí, estuvo entretenido el ambiente, bailé con mi hijo, de tomar no lo hago, aunque sí fumé.

A: ¿Alguien más aparte de su hijo la sacó a bailar?

B: No, de hecho mi hijo fue el que me sacó a bailar, pero yo no quería, pues me estuvo insistiendo.

A: ¿No estaba a gusto en la fiesta?

B: No estaba cómoda con el vestido que compré, era muy atrevido para mí.

A: ¿No se lo probó antes de comprarlo?

B: Sí, de hecho fuimos mi hermana y mi mamá. **Al principio yo había escogido uno, pero a mi hermana y mi mamá no les gustó como se me veía, y pues les dije que me dijeran cuál comprarme**, y ese fue el que usé en la boda, pero sí estaba muy escotado; y pues no me sentí cómoda, de ahí en fuera me distraje un poco.

A: ¿Qué planes tiene a futuro?

B: En un futuro lejano me gustaría tener mi casa, es algo con lo que he soñado mucho. Quiero estudiar cultura de belleza, también es algo que he platicado con mi hermana de poner una estética.

A: ¿A quiénes ve en esa casa suya en un futuro?

B: A mis hijos, a mis papas, y aunque no lo crea a mi ex.

Integración del estado mental de la paciente.

Precepción de amenazas externa e interna (real e imaginada) de ser abandonada. Ansiedad por falta de autoconfianza. Inhibición de la conducta lúdica. Sugestibilidad del pensamiento en que espera le digan qué hacer. Hipervaloración de las ideas en torno a la pareja. Juicio errático: expectativas reiteradas de regresar con su ex pareja. Orientación hacia objetivos poco claros, incluso ilusorios. Comprensión parcial de su pasividad. Estado de ánimo bajo. Atención y concentración natural sobre el tema de la familia y pareja. Baja capacidad de volición para alcanzar un desarrollo social e individual.

<p>Criterios diagnósticos de F 60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia.</p>	<p>Paciente femenino de 35 años.</p>
<p>1.- tiene dificultades para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo consejo y reafirmación por parte de los demás.</p>	<p>...yo hacía lo que me dijeran, así no me metía en problemas.</p> <p>...Que hay veces en que mi hijo el mayor quiere salir y no sé si esté bien darle el permiso. Consulto con mi ex o con mis papas acerca de darle o no permisos al mayor.</p> <p>Al principio yo había escogido uno (vestido), pero mi hermana y mi mamá no les gustó como se me veía, y pues les dije que me dijeran cuál comprarme.</p>
<p>2.- Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales áreas de su vida.</p>	<p>...no sé qué hacer, si buscarlo aunque él no lo merezca, ¿Ud. cree que sea buena idea buscarlo?</p> <p>...No sé cómo decirle, en mi casa me dicen que es algo a lo que tengo derecho y solo tengo que solicitarlo, pero no sé cómo hacerle.</p>
<p>3.-Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación</p>	<p>...Siempre hice lo que me pedían para tenerlos contentos.</p> <p>...siempre le he dado gusto en todo para que no tuviéramos por qué pelear, al menos no quería ser yo la causante de los conflictos.</p> <p>...Después de todo, es el papá de mis hijos y decidí prestarle el dinero, no sólo no me pagó sino que ya después me dijo que si lo podía seguir apoyando porque andaba desempleado.</p>
<p>4.- Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o energía.</p>	
<p>5.- Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables</p>	<p>...Él es quién se ha ido de la casa y yo he sido la que lo he buscado y hasta suplicado que regrese, esto ha sucedido tres veces.</p> <p>...Tuve que pagar deudas de él, porque si no lo iban a meter a la cárcel, esas deudas las sigo pagando y él como si nada. Me da pena decirlo, pero incluso me he tenido que poner prendas íntimas con las que yo no me sentía a gusto, pero lo hacía para tenerlo contento.</p>
<p>6.- Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.</p>	<p>...Hubo una ocasión en que estaba sola en mi casa y me entró un sentimiento de nostalgia que me puse a llorar y no supe por qué realmente...</p> <p>...Una ocasión estaba cubriendo el turno de la noche, igual, me sentí sola, triste y comencé a llorar hasta que me calmé.</p>
<p>7.- Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.</p>	
<p>8.- Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.</p>	<p>...Le llamé de un teléfono público y me dijo que se iban a pasar todo el fin de semana en Cuernavaca. No sé qué me pasó, pero en ese momento me empecé a sentir muy mal.</p>

Ejemplo de caso. Trastorno disocial.

Paciente masculino 11 años, estudia el quinto año de primaria, promedio de 7. No quería que su mamá lo llevara a la consulta.

Se presenta aseado, aliñado. Tez morena. Aspecto acorde a su edad, complexión robusta. Estatura promedio.

Su mamá solicita la consulta, por lo que es entrevistada primero.

Motivo de consulta.

A: ¿En qué puedo servirla?

B: Verá es que tengo un problema con mi hijo, está afuera, no quería venir (él dice que no tiene nada). Pasa que la otras vez descubrimos que tomó un dinero y no era cualquier cosa, dos mil pesos, que por poco y nos ocasiona un mayor problema entre mi esposo y yo, porque el creía que me los había gastado quien sabe pensó en qué, según él; y pues resultó que este niño los había agarrado.

A: ¿Anteriormente había tomado dinero?

B: Sí, luego se anda quedando con los cambios que luego dejo, yo sé que él es quien los toma, cuando le pregunto, dice que él no fue, pero esta vez sí fue algo así como robar, porque los tomó de un lugar que no tenía porque andar esculcando.

A: Le voy a realizar una serie de preguntas acerca de información que necesito saber, en un momento más voy a platicar con él, ¿le parece?.

B: Sí está bien.

Antecedentes familiares patológicos y no patológicos.

A: ¿Cómo se llama su hijo?

B:.....

A: ¿Qué edad tiene?

B: 11 años.

A: ¿En qué año va?

B: En quinto.

A: ¿Hace alguna otra actividad aparte de la escuela?

B: No, pero se sale mucho a jugar fútbol con sus amigos.

A: ¿Padece de alguna enfermedad?

B: No.

A: ¿Ud. tuvo algún problema durante su embarazo?

B: No.

A: ¿Problemas para caminar o hablar?

B: No, no tuvo problemas en ese aspecto.

A: ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez?

B: No.
A: ¿Ha estado en algún tratamiento psiquiátrico o psicológico anteriormente?
B: Tampoco.
A: ¿Es hijo único?
B: No, tengo una hija de 15 años y el más chico que tiene 7.
A: ¿Qué tal están de salud?
B: Bien.
A: ¿Ud. se llama?
B:.....
A: ¿Qué edad tiene?
B: 36 años.
A: ¿Cuál es su nivel de estudios?
B: Hasta la primaria.
A: ¿Ocupación?
B: Me dedico al hogar.
A: ¿Padece de alguna enfermedad?
B: No.
A: ¿Ha sido intervenida quirúrgicamente alguna vez?
B: No.
A: ¿Ha estado en algún tratamiento psiquiátrico o psicológico anteriormente?
B: No.
A: ¿Tiene algún vicio?
B: No.
A: ¿Cómo se llama el papá?
B:.....
A: ¿Qué edad tiene?
B: 38 años.
A: ¿Cuál es su nivel de estudios?
B: El tiene la secundaria.
A: ¿Ocupación?
B: Es albañil.
A: ¿Padece de alguna enfermedad?
B: No.
A: ¿Él fuma, toma, consume o consumió droga alguna vez?
B: Muy rara la vez que toma.
A: ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez?
B: No.
A: ¿Ha estado en algún tratamiento psiquiátrico o psicológico anteriormente?
B: No.

Vida familiar.

A: ¿Qué tal se lleva su hijo con su papá?

B: Se llevan muy bien, lo sigue mucho (el hijo), dice que quiere ser albañil como su papá. Yo le digo que piense en ser algo más.

A: ¿Por qué no está de acuerdo que quiera ser albañil?

B: Porque se trata de que sea mejor que nosotros que no tuvimos la oportunidad de estudiar, ahora que él la tiene que la aproveche, yo le digo que no se conforme con querer hacer lo mismo.

A: ¿Qué dice su esposo?

B: Él lo defiende mucho, me dice que lo deje que él decida si quiere o no quiere estudiar.

A: ¿Conviven mucho el papá y él?

B: Sí, más que nada son muy unidos, luego se ponen a jugar dominó junto con sus tíos, nada más que **no le gusta perder (al hijo) y hace trampa y si aún así pierde se pone a llorar porque a fuerza quiere ganar, es que como apuestan...**

A: ¿Cuánto apuestan?

B: Un peso, y **gana el que junte más dinero, por eso él siempre quiere ser el que tiene más dinero, si no se pone a llorar.**

A: ¿Considera que lo hace más como para manipular?

B: Sí, yo creo que sí, para que lo dejemos que gane.

A: ¿Ud. cómo se lleva con...?

B: Mal, yo le pego porque no quiere obedecerme, luego anda molestando a su hermana.

A: ¿Qué le hace?

B: Le pega, él dice que ella empieza porque también no se deja, como ella es más grande, luego se andan agarrando los dos, y yo le pego a él.

A: ¿Cómo le pega?

B: Lo agarro a cinturonzos.

A: ¿Y a su hija?

B: Le digo que ella ya es una señorita, que ya es grande y que se debe dar a respetar.

A: ¿Cómo se lleva... con su hijo más chico?

B: Bien entre ellos se llevan bien, el chico luego sigue mucho a...

A: ¿Qué tal va en la escuela?

B: No lleva buen promedio, anda como en 7 por ahí.

A: ¿No va a firma de boletas?

B: Sí pero esta última vez no recuerdo si sacó 7 o menos.

A: ¿Cómo fue esto de los dos mil pesos?

B: Mi esposo me da una cierta cantidad de dinero para los gastos. Lo que él me da yo siempre lo guardo en el mismo lugar. **Yo estoy segura que (el hijo) escuchó cuando mi esposo me dio el dinero y luego me espío para ver dónde lo guardaba, y luego los tomó sin que nadie lo viéramos.**

Obviamente cuando yo quise tomar lo que necesitaba no lo encontré, lo busqué, revolví todo y no lo encontraba, hasta que le dije a mi esposo, se hizo un problema mayor

porque él me dijo que no podía haberse perdido así nada más; que mejor le dijera en qué me lo había gastado. Le pregunté a la grande (hija), me dijo que no sabía, lo mismo él (hijo), y pues el chico ni modo que él los hubiera tomado.

Total que busqué en toda la casa y ya nada más encontré \$900.00 debajo de su colchón (del hijo), **él no quería decir que los tomó; le echó la culpa al chico, pero el chico se puso a llorar y nos dijo que sí había sido su hermano**, que él lo vio sacar el dinero de donde yo lo guardaba.

Yo le pegué, su papá lo regañó, y fue por lo que decidimos traerlo para ver que es lo que está pasando con él.

A: Me interesa platicar con él a solas, para ver qué dice y qué piensa ¿Está de acuerdo?

B: Sí.

Vida escolar.

A: Hola ¿Cómo estás?

B: Bien.

A: ¿Qué tal vas en la escuela?

B: Bien.

A: ¿Qué promedio llevas?

B: No me acuerdo. Como 7 u 8.

A: ¿Te gusta la escuela?

B: Más o menos. (bostezos).

A: ¿Qué te gustaría ser de grande?

B: Albañil como mi papá.

A: ¿Qué hacen los albañiles?

B: Hacen casas.

A: ¿Tú quieres hacer casas?

B: Sí, quiero hacerme una casa grande.

A: ¿Como la que tienes con tus papas?

B: No, esa está chica, yo quiero una más grande.

A: ¿Para qué una más grande?

B: No me gusta la que tengo, está muy chica.

A: ¿Qué tal los recreos en la escuela?

B: Bien.

A: ¿Qué haces a la hora del recreo?

B: **Juego fútbol con mis amigos.**

A: ¿Qué tal eres para jugar?

B: Mas o menos.

A: ¿Eres faulero?

B: **Sí, luego les entro fuerte.**

A: ¿Y eso?

B: Porque también me llegan fuerte.

Vida social.

A: Me dice tu mamá que sales a jugar con tus amigos ¿también futbol verdad?

B: Sí.

A: ¿Son los de tu escuela o son otros?

B: Uno que otro de la escuela.

A: Oye, y cuando estás jugando en la calle ¿le has dado un pelotazo a alguien?

B: Una vez rompí el vidrio del acuario. (actitud orgullosa).

A: Y eso ¿cómo fue?

B: **Iba a cobrar una falta y no le calculé bien y que rompo el vidrio (expresión de satisfacción).**

A: ¿Qué hiciste?

B: Nos echamos a correr.

A: ¿Y qué más te gusta hacer?

B: **Me gusta jugar a las máquinas.**

A: ¿Eres bueno?

B: **Claro, por eso apuesto, también en el futbol.**

A: ¿Siempre ganas?

B: Casi siempre.

A: ¿Cuánto es lo más que has ganado?

B: Poco, como \$30.00. Una vez le aposté a las Chivas pero no me pagó (uno de sus amigos), y ahorita que me estoy acordando...ah no, ese me las paga!

A: ¿Ya se te había olvidado que te deben, quién?

B: (Nombre), ahora que lo vea, le voy a cobrar.

A: Qué más te gusta hacer, la cosas que más, más te gusten?

B: **Me gusta cazar pájaros y lagartijas.**

A: ¿Con tu resortera?

B: No, **con unas lanzas o si no con unos arcos que hago, con eso les doy. Ah, también al perro, luego le clavo una lanza en el lomo.**

A: ¿Y qué hace?

B: Se echa a correr, se va llorando.

A: ¿No sientes gacho?

B: No. (despreocupado).

A: ¿Oye, y a alguien que le hayas hecho lo mismo?

B: **A unos niños los agarré a monedazos.**

A: ¿Se las aventaste, cómo?

B: Es que fuimos a una boda hasta Toluca y me acordé que de chico me pegaban, y entonces yo agarré y desde lejos les lance de monedazos. (actitud agresiva).

A: ¿Y Quién te vio?

B: Nadie, había mucha gente.

A: ¿Y a quién lastimaste más?

B: **A uno que le di justo en su ojo.**

A: ¿Se lo merecía?

B: Sí.

A: Oye tu mamá me comentó de los dos mil pesos, que por eso te trajo aquí, pero yo nada más quiero saber por qué fue que los tomaste.

B: Porque no me alcanza con diez que me dan.

A: ¿En qué los gastaste?

B: En las máquinas y me compré dulces.

A: Pero con lo que te dan más aparte lo que apuestas en el fútbol, las máquinas y el dominó, ya te alcanza para tus dulces, ¿no crees?

B: (mutismo)

A: ¿O te gustaría ser rico? Porque tu casa está muy chica ¿no?

B: No me gustaría ser rico, porque un chavo que conozco lo es y es muy presumido.

A: Ok, ¿y entonces por qué tomaste dos mil pesos?

B: No sé. (sin signos de ansiedad).

Integración del estado mental

Conducta deficitaria con relación al acatamiento de normas. No comprende la gravedad de sus actos y sus consecuencias. Sin signos evidentes de ansiedad al ser confrontado. Sentimientos de satisfacción por sus actos. Orientación hacia sus propios intereses. Atención puesta en el dinero. Concretismo. Lenguaje carente de afectividad. Abulia en las sesiones.

En la siguiente página se relacionan los criterios diagnósticos identificados durante las sesiones con el paciente de 11 años de edad.

Criterios para el diagnóstico F 91.8 Trastorno disocial.	Paciente masculino, 11 años.
1.- a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.	...Juego fútbol con mis amigos... Sí, luego les entro fuerte. ...Me gusta jugar a las máquinas... por eso apuesto, también en el futbol.
2.- a menudo inicia peleas físicas.	
3.- ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola).	...con unas lanzas o si no con unos arcos que hago, con eso les doy
4.- ha manifestado crueldad física con las personas.	...A unos niños los agarré a monedazos... A uno que le di justo en su ojo.
5.-ha manifestado crueldad física con animales.	...Me gusta cazar pájaros y lagartijas... Ah, también al perro, luego le clavo una lanza en el lomo.
6.- ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej. Ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada).	
7.- ha forzado a alguien a una actividad sexual.	
8.- ha provocado deliberadamente incendios con la intención de provocar daños graves.	
9.- ha destruido deliberadamente las propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).	...Iba a cobrar una falta y no le calculé bien y que rompo el vidrio (expresión de satisfacción).
10.- ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.	
11.- a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (tima a otros).	...no le gusta perder (al hijo) y hace trampa y si aún así pierde se pone a llorar porque a fuerza quiere ganar, es que como apuestan... ...él no quería decir que los tomó; le echó la culpa al chico, pero el chico se puso a llorar y nos dijo que sí había sido su hermano
12.- ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej. Robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones).	...Yo estoy segura que (el hijo) escuchó cuando mi esposo me dio el dinero y luego me espío para ver dónde lo guardaba, y luego los tomó sin que nadie lo viéramos.
13.- a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.	
14.- se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo).	
15.- suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.	

Ejemplo de caso 3. Distimia.

Paciente femenino de 43 años. Facies adusta. Mirada desconfiada. Estatura baja. Peso promedio. Cabello medio largo. Se presenta aliñada, vestimenta adecuada a su edad. Sin maquillaje ni joyas o aretes.

Motivo de consulta.

A: ¿En qué puedo ayudarle?

B: Me mandó la Dra. (CF-17 del DIF) con Ud. Me hizo un chequeo, porque me he sentido cansada de hace ya tiempo, tengo dolor en todo el cuerpo y cabeza, esto comienza con un dolor en el pecho del lado izquierdo, pero me dice que no tengo nada, que pasara con Ud.

A: Le voy a hacer una serie de preguntas.

Antecedentes patológicos y no patológicos personales.

A: ¿Cuál es su nombre?

B:...

A: ¿Qué edad tiene?

B: 43 años.

A: ¿Trabaja?

B: Me dedico al cuidado de la casa y en ocasiones, vendo dulces.

A: ¿Padece de alguna enfermedad?

B: No.

A: ¿Ha sufrido golpes severo en la cabeza, incluso haber perdido la conciencia?

B: No.

A: ¿Ha sido intervenida quirúrgicamente alguna vez?

B: No.

A: ¿Ha tenido abortos?

B: No.

A: ¿Ha estado en tratamiento psiquiátrico o psicológico anteriormente?

B: Sí, hace varios años tuve que ir al psiquiatra por depresión.

A: ¿Qué le pasó?

B: Fue a raíz de la muerte de mi mamá. Mis hermanas me han culpado siempre por su fallecimiento. Aparte hemos estado en conflicto por las escrituras de un terreno, y todo eso tuvo repercusiones en mi salud. Estuve como un año con la depresión hasta que fui con la psiquiatra.

A: ¿Hace cuánto tiempo?

B: De esto ya tiene 5 años y a la fecha no me he podido recuperar.

A: ¿Tiene ideas suicidas?

B: No.

A: Cuando la diagnosticaron con depresión ¿cómo llegó a ese punto?

B: Me llevaron porque ya no me levantaba en todo el día, me la pasaba dormida, si acaso preparaba algo para que comieran mis hijos y en seguida me acostaba. Pero sobre todo yo decidí ir cuando me di cuenta que a mi hija la estaba arrastrando a la depresión también, empezó a quedarse en cama también.

A: ¿Qué tal come normalmente?

B: Hay veces que no me da hambre.

A: ¿Por qué hay veces que deja de comer?

B: **Porque luego hay problemas en la casa, no me da hambre.**

A: ¿Cómo cuántas horas duerme?

B: Como unas 5 o 6 más o menos.

A: Durante el día ¿cómo se siente?

B: **Hay unas veces que me siento cansada, incluso luego no salgo en todo el día por lo mismo.** Hay otras que aunque no quiera tengo que salir a hacer mis cosas.

A: ¿Cómo es su ritmo de vida?

B: Como le digo hay veces que tengo que hacer muchas cosas, y ando para allá y para acá; otras es menos pesado, pero siempre sí tengo que estar pendiente que no falte nada de hacer en la casa.

A: ¿Tiene algún vicio: fuma, toma?

B: No.

A: ¿Ha consumido alguna droga?

B: Ya ve que el medicamento es una droga, sería esa.

A: ¿Cuál es el medicamento?

B: Fluoxetina y Clonazepan, pero no me lo tomo.

A: ¿Por?

B: **Porque no tiene ningún caso tomármelas, no creo que me sirvan, sólo me va hacer más daño del que ya tenía.** Ahora, yo pienso que eso se supera con mucha fuerza de voluntad también y aprovechando que estoy aquí, quiero saber cómo le puedo hacer para superarla sin el medicamento

A: ¿Qué tanto hace que ya no lo toma?

B: Como unos tres años.

A: ¿Qué dijo su psiquiatra?

B: No, por lo mismo ya no seguí el tratamiento, **para qué regreso si me va a decir que me las siga tomando.**

A: Va a ser necesario que trate de regresar a que le ajusten la dosis.

B: (Mutismo).

Antecedentes familiares patológicos y no patológicos.

A: ¿Cómo se llama su mamá?

B: Se llamaba...

A: ¿De qué falleció?

B: Murió por cáncer de mama hace ya 15 años.

A: ¿Su papá?

B: También murió, hace 25 años, de cirrosis.

A: ¿Tiene hermanos?

B: Dos hermanas.

A: ¿Viven?

B: Sí, no tengo relación cercana con ellas.

Vida familiar.

A: ¿Cómo se llevaba con su papá?

B: Más o menos mire mi papá era muy estricto, me acuerdo que andaba con pistola todo el tiempo, él fue alcohólico y me acuerdo que cuando llegaba todo borracho corría a esconderme porque me daba mucho miedo verlo así. La que tenía que soportarlo más era mi mamá, entonces cuando él llegaba se ponía a decirle de cosas, mi mamá no se dejaba y le contestaba; mi papá le decía que seguro andaba con otro...y se gritoneaban, se insultaban, no, era muy feo.

A: ¿Qué edad tenía Ud.?

B: He de haber tenido como 5 o 6 años, estaba muy chica todavía.

A: ¿Ud. permanecía escondida o hacía algo más en esos momentos?

B: Lloraba. Como le digo me asustaba mucho oír esos gritos, me ponía tensa, tensa y lo único que quería era que ya dejaran de pelearse.

A: ¿Su papá golpeaba a su mamá?

B: Se jaloneaban los dos, pero una vez sí recuerdo que le empezó a pegar y que me meto entre los dos, yo lloraba y lloraba y les suplicaba que ya no pelearan.

A: ¿Qué hicieron ellos?

B: Me ignoraron, me dijeron que me fuera y ni modo tuve que aguantarme, qué hacía yo. Ahora, yo recuerdo que una vez me dije que era mejor si se separaban y al hacerlo mi papá tendría otra mujer, entonces ya no sería mi papá, pero mi mamá sí tenía la obligación de cuidarme. Y entonces para mí, mi papá yo no era mi papá.

A: ¿Él le pegaba a Ud. o a sus hermanas?

B: No, a mí nunca me pegó. Cuando no estaba tomado sí llegué a admirarlo por su porte que tenía, él era alto, de tez blanca, era travieso, yo lo comparaba mucho con un actor que se llamó Antonio Badú.

A: ¿Sin embargo Ud. prefería que se separaran?

B: Es como le dije no tenía caso que se siguieran agrediendo.

A: ¿Hubo otra manera en que le haya afectado esto?

B: No me comía lo que hacían porque, así me desquitaba yo con mi papá. El se mortificaba por mi bajo peso, estaba yo muy flaca. Me acuerdo que me decía “ándale come por favor, no ves que estás muy flaca”; y yo no comía. Y a hasta después que empecé a comer.

A: ¿Cómo se llevaba con su mamá?

B: Bien, yo le decía que se separara, que no tenía que soportar las cosas que mi papá le decía, pero ella me decía que así le enseñaron y que así tenía que ser.

A: ¿Y sus hermanas?

B: Le ayudábamos a mi mamá a los quehaceres de la casa, generalmente ella cocinaba, había veces que la ayudábamos con algo.

A: ¿Le afectó la muerte de su papá?

B: No como para ponerme mal, comparado con la muerte de mi mamá ahí sí nada que ver.

A: ¿Cómo le afectó lo de su mamá?

B: Mucho, yo fui muy allegada a ella, yo hacia lo que ella dijera, si decía que no podía ir a una fiesta, yo la obedecía y por muchas ganas que tuviera de ir, no iba, en cambio mis hermanas se salían, no la obedecían y se iban. Cuando le dijeron que tenía cáncer yo fui la que la cuidé todo el tiempo hasta el día que murió. (llanto).

No se de donde sacan mis hermanas que yo tuve la culpa de que se haya muerto.

A: ¿Tiene idea del por qué lo dicen?

B: Yo pienso que es por envidia, porque dicen que no la cuidé bien, que si no ella estaría viva todavía.

A: ¿Ud. está de acuerdo?

B: No, claro que no, pero de todas formas me hacen mucho daño al decir eso. Desde que ella murió no he vuelto a dirigirles la palabra, solamente para lo estrictamente necesario; de ahí en fuera nada.

Vida escolar.

A: ¿Qué tal le fue en la escuela: tuvo amigos, iba bien de promedios?

B: No recuerdo bien, pero no era de calificaciones excelentes, de amigos no tuve muchos amigos, en realidad no acostumbro ser sociable.

A: ¿Hasta qué año cursó?

B: Una vez que terminé la primaria, también hice la secundaria, me acuerdo que en esa época habían cursos para secretaria, y yo me interesé en estudiar eso, entré y estuve dos años estudiando mi curso secretarial, pero no lo acabé porque me casé.

Vida sentimental y conyugal.

A: ¿Antes de casarse tuvo noviazgos?

B: Sí, tuve un novio con el que duré 6 años antes de que me juntara con otra persona, luego me separé y me volví a juntar con quien es mi actual pareja.

A: ¿Cómo fueron los seis años de noviazgo?

B: Al principio bien, como todos los novios él era muy atento, me invitaba a tomar un café, nos íbamos a caminar, y ya después que vio que me tenía amarrada sacó su verdadera cara. Se volvió posesivo, no me dejaba ni que volteara a ver a nadie cuando íbamos en la calle, luego empezó a decirme qué ropa ponerme, si él veía que, según él no estaba vestida correctamente me mandaba a que me cambiara.

A: ¿Ud. estaba de acuerdo con tal de que no la dejara?

B: Claro que no estaba de acuerdo, pero me daba miedo cómo se ponía, le daban unos cambios muy fuertes, de estar tranquilo pasaba a comportarse muy raro; y yo decía “este un día me va a hacer algo”, yo lo que no sabía era cómo quitármelo de encima.

A: ¿Pidió ayuda a alguien?

B: Es como le dije yo no soy de tener amistades, yo en aquél entonces le platicaba a mi mamá que él se comportaba raro, pero como ella lo veía atento y serio, como que no me creyó. Entonces yo empecé a negarme a verlo, ya no quería salir con él. Cuando por fin le pude decir que entre nosotros no podías haber nada más, se rompió la ropa en plena calle, se desgarró la camisa, me dio mucha vergüenza y con mayor razón lo dejé de ver.

A: ¿Se juntó una primera vez?

B: Sí, era más joven que él, yo tenía 18-19 años y él como 37-38.

A: ¿No le importó la diferencia de edad?

B: No.

A: ¿Cómo fue la relación?

B: Fue una buena relación, yo lo llegue a querer mucho, creo que no lo he olvidado del todo. Me admiraba de él porque era muy ameno, bromista, a mi me envolvió con su forma de hablar, me envolvió con sus mentiras.

A: ¿A qué se refiere que la envolvió con sus mentiras?

B: Pues que él me engañó muchos años, me hizo creer que no era casado cuando en realidad tenía otra familia. Yo me enteré mucho después.

A: ¿Cuánto tiempo pasó hasta que se dio cuenta?

B: Fueron 12 o 13 años de estar así. Me afectó bastante, estuve a punto de cometer el peor, peor error. (llanto).

A: ¿Me quiere contar qué sucedió?

B: Pues que cuando supe de esto pensé en suicidarme. Lo peor fue que planeaba darle primero pastillas a mi hijo (6 años) para luego yo tomarlas.

A: ¿Cómo fue que desistió de hacer esto?

B: Fui a ver a mi hermana y ella me persuadió de no hacerlo y no lo hice.

A: ¿Ha vuelto a tener intenciones de suicidarse?

B: No, ya no, estaba muy mal en aquél entonces.

A: ¿Escuchó voces o vio algo cuando pensó en el suicidio?

B: No. Ninguna de esas cosas.

A: ¿Qué tal le va con su actual pareja?

B: Tratamos de sobrellevarnos, hay como se pueda.

A: ¿Hacen cosas juntos?

B: No, él está en lo suyo y yo en lo mío.

A: ¿De repente no les da por querer salir o hacer algo?

B: **Lo que pasa es que donde luego vamos, es un café, a mí no me agrada y entonces yo prefiero quedarme en la casa.**

A: ¿Cómo le va con sus hijos?

B: El mayor (19 años) va hacer su examen para la prepa, mi hija (9 años) está en primaria y...(7 años), también en la primaria.

A: ¿Con quién se lleva mejor de ellos?

B: Con el chico, me necesita, tengo que estar al tanto de él, a parte es muy encantador, luego me anda cotorreando; mi hija, es muy platicadora, luego me cuenta lo que hizo en la escuela.

A: ¿El mayor?

B: Pues es que él ya está grande (19 años), ya no necesita que ande atrás de él, el ya no se puede permitir equivocarse.

A: ¿A qué se refiere?

B: A que como estuvo un año yendo a una escuela particular, pues el nivel de educación que recibió ya es otra cosa.

A: ¿Con ese año es suficiente para que ya no se pueda equivocar?

B: **Yo sé que estoy mal, que yo soy la que tiene la culpa de todo, pero así me educaron y nunca voy a cambiar mi forma de ser.**

Vida Social.

A: ¿Me comentaba que no sale a divertirse?

B: No.

A: ¿No lo considera algo importante?

B: **Para qué, no tiene caso salir ¿para que la gente ande hablando de una?, si de por sí ya ha barrido y trapeado con mi reputación.**

A: ¿Quiénes?

B: Le comenté del problema de un terreno. He tenido muchos conflictos con mis hermanas y ahora con sus esposos, que a su vez sus familias son mis vecinos; por esto; se han dicho muchas cosas de mí y por eso yo prefiero no meterme con nadie de ellos, trato de no verlos, de tener el mínimo contacto posible con ellos.

A: Eso es en cuanto a los problemas con sus hermanas ¿pero en cuanto a salir o hacer algo diferente?

B: **Pues es que cuando les he dicho (pareja, hijos) de salir a algún lado me ponen carota y es cuando digo para qué, qué necesidad hay de eso y ya mejor no les insisto.**

A: ¿Actualmente disfruta algo?

B: No, a mí me enseñaron que las cosas tenían que ser de un manera, mire yo vengo de una forma de educación en que si no trabajas, no comes, y es algo que agradezco porque gracias a esto puedo darle a mis hijos lo que necesitan. Siempre tiene que haber ropa limpia, siempre tiene que haber comida, **no me puedo permitir andar haciendo otras cosas y ni modo así me educaron.**

A: ¿Cuáles son sus expectativas a futuro?

B: Que mis hijos sean gente de bien, que lleguen a más de lo que yo pude hacer, porque **si no hubiera sido por mi enfermedad (depresión) hubiera podido hacer más cosas y ni modo, yo ya no puedo hacer nada de lo que me hubiera gustado hacer (estudiar).**

Integración del estado mental.

Hipervaloración de las ideas con relación a su rol como madre. Inhibición en conductas de afiliación. Orientación hacia sucesos negativos del pasado y hacia metas futuras no directas (hijos). Percepción de amenaza externa proveniente de vecinos y familiares. Capacidad de afecto limitado hacia hijo menor e hija. Estado de ánimo distímico por su pasado familiar y conyugal. Prejuicios por los que no considera posibilidad de cambio personal.

Criterios para el diagnóstico de F 34.1 Trastorno distímico.	Paciente femenino 43 años.
A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.	...no me puedo permitir andar haciendo otras cosas y ni modo así me educaron.
B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:	
1.- pérdida o aumento de apetito.	...Porque luego hay problemas en la casa, no me da hambre.
2.- insomnio e hipersomnía.	
3.- falta de energía o fatiga.	...Hay unas veces que me siento cansada, incluso luego no salgo en todo el día por lo mismo
4.- baja autoestima.	<p>...Yo sé que estoy mal, que yo soy la que tiene la culpa de todo, pero así me educaron y nunca voy a cambiar mi forma de ser.</p> <p>...Lo que pasa es que donde luego vamos, es un café, a mí no me agrada y entonces yo prefiero quedarme en la casa.</p> <p>...Para qué, no tiene caso salir ¿para que la gente ande hablando de una?</p> <p>...Pues es que cuando les he dicho (pareja, hijos) de salir a algún lado me ponen carota y es cuando digo para qué, qué necesidad hay de eso y ya mejor no les insisto.</p>
5.- dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.	
6.- sentimientos de desesperanza.	<p>...Porque no tiene ningún caso tomármelas, sólo me va hacer más daño del que ya tenía.</p> <p>...si no hubiera sido por mi enfermedad (depresión) hubiera podido hacer más cosas y ni modo, yo ya no puedo hacer nada de lo que me hubiera gustado hacer (estudiar).</p>
<p>C. Durante el periodo de dos años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.</p> <p>D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años de alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor en remisión parcial.</p>	

Ejemplo de caso. Trastorno límite de la personalidad.

Paciente masculino 26 años. Apariencia acorde a su edad. Complexión robusta. Estatura baja. Tez morena. Vestimenta adecuada a un estrato económico bajo. Facies sin evidentes signos de depresión.

Motivo de consulta.

A: ¿En qué puedo ayudarle?

B: Me mandan del consultorio médico, me dijo la Dra. que tengo una depresión y que viniera acá.

A: ¿Qué le sucedió?

B: Hace un mes terminé una relación de 8 años y me deprimí y **tuve ideas de quitarme la vida.**

A: ¿Ahora sigue teniendo la idea?

B: No, ya no (sonrisa), le digo a la Dra. que ya pasó, ya lo solucioné, pero me dijo que de todas maneras viniera acá.

A: ¿Anteriormente había pensado en suicidarse?

B: No.

A: OK, mire es necesario que le haga una serie de preguntas para saber a qué grado fue su problema, ¿está de acuerdo?

B: Sí.

Antecedentes personales patológicos y no patológicos.

A: ¿Cuál es su nombre?

B: ...

A: ¿Qué edad tiene?

B: 26 años.

A: ¿A qué se dedica?

B: Soy comerciante.

A: ¿Qué grado de estudios tiene?

B: La primaria.

A: ¿Ha estado en tratamiento psiquiátrico o psicológico anteriormente?

B: No.

A: ¿Ha padecido de alguna enfermedad?

B: No.

A: ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?

B: No.

A: ¿Ha sufrido accidentes graves: pérdida de la conciencia?

B: No.

A: ¿Fuma, toma, se ha drogado?

B: No.

A: ¿Qué tal duerme?
B: Tuve insomnio hace como dos meses, por la misma preocupación de mi relación.
A: ¿Ya duerme mejor?
B: Sí.
A: ¿Qué tal come?
B: También bien.
A: ¿Cómo considera su ritmo de vida?
B: Es normal, sigo trabajando como de costumbre.

Antecedentes familiares patológicos y no patológicos.

A: ¿Sus padres viven?
B: Mi mamá nada más.
A: ¿Cómo se llama?
B: ...
A: ¿Qué edad tiene?
B: 55 años.
A: ¿A qué se dedica?
B: Es comerciante también.
A: ¿Padece de alguna enfermedad o ha sido operada?
B: No.
A: ¿Fuma, toma?
B: No.
A: ¿Qué me puede decir de su papá?
B: Lo que único que sé de él que se murió, no sé de qué.
A: ¿Sabe si tenía alguna enfermedad o si tenía algún vicio?
B: No, él se fue desde antes que yo naciera, luego conviví pocas veces con él, pero nunca tuvimos una relación de afecto.
A: ¿Tiene hermanos?
B: Una hermana.
A: ¿Padece de alguna enfermedad?
B: No.
A: ¿Fuma, toma?
B: No.

Vida familiar.

A: Cuando era niño ¿cómo era la relación con su mamá?
B: Fue un poco difícil para ella, porque como no había quien me cuidara y ella tenía que irse a trabajar me amarraba.
A: ¿Cuánto tiempo permanecía amarrado?
B: No, lo que hacía es que yo me desamarraba y me salía a la calle por la ventana.
A: ¿Qué hacía en la calle?

B: Vagaba, me cruzaba las avenidas, los puentes luego me quedaba sentado en alguna banqueta por horas y ya me regresaba en la noche, otras veces ella me buscaba ya hasta como a la 1 am.

A: ¿Qué edad tenía?

B: Como 5-6 años.

A: ¿Qué pensaba sentado en la banqueta?

B: No pensaba nada, me quedaba mirando como al vacío, y así por horas.

A: ¿Ud. llegó a escuchar voces o visto cosas?

B: No.

A: ¿Qué le decía su mamá de que se desamarraba y se salía?

B: Me pegaba.

A: ¿Le pegaba por alguna otra razón aparte?

B: Hubo un tiempo que me dio por robar el dinero que dejaba, pero rápido se me quitó, la última vez que robé me quemó las manos con una parrilla y sí me dolió, me dijo que prefería hacerme eso porque no quería verme terminar en la cárcel. Gracias a ella dejé de robar, por eso mi mamá lo es todo para mí.

A: ¿En qué se gastaba el dinero?

B: Me compraba unas galletas.

A: ¿Cómo se lleva con su hermana?

B: De chicos casi no platicábamos.

A: ¿Conflictos que hayan tenido o que tengan ahora?

B: No, menos ahora que me apoyan con lo de mi separación, me fui a vivir con las dos.

Vida escolar.

A: ¿Me decía que acabó la primaria?

B: Sí.

A: ¿Qué tal de calificaciones?

B: Siempre tuve bajas calificaciones, era muy desordenado para el estudio, por eso ya no me gustó.

A: ¿Tenía amigos?

B: Sí, recuerdo que jugaba con algunos compañeros, luego yo prefería eso que las clases.

Vida laboral.

A: Antes de dedicarse el comercio ¿en qué ha trabajado?

B: Fui varias cosas: cuando tenía 6 años me acuerdo que tiraba la basura, lavaba coches. Ya después fui ayudante de albañil.

A: ¿A qué edad?

B: Ya como a los 10 y hasta como a los 14.

A: ¿Por qué lo dejó?

B: Ya no me gustó.

A: ¿Era pesado?

B: **Más que nada me aburría.**

A: ¿Dónde más trabajó?

B: Ya después anduve de basureo como hasta los 19 y luego panadero y hasta hoy que soy comerciante.

A: ¿En sus empleos tuvo conflictos con compañero o jefes?

B: No.

Vida sentimental y conyugal.

A: ¿Antes de su separación tuvo otras relaciones?

B: Sí, tuve una novia, pero no quería andar con ella.

A: ¿Por qué razón?

B: Porque **yo por quien estaba interesado era en su prima, la anduve pretendiendo, pero cuando la vi que mejor empezó a andar con otro, luego me le declaré a su prima para darle celos, pero yo no quería andar con ella.**

A: ¿Su novia lo quería a Ud.?

B: Yo pienso que tampoco porque **nada más teníamos relaciones, luego supe que tenía relaciones con otro, hasta salió embarazada de él; pero en un principio quería que me hiciera cargo de los gastos** ya de ahí dejamos de andar.

A: ¿Tuvo otro noviazgo después?

B: Sí, ya fue cuando conocí a este señor.

A: ¿Cómo lo conoció?

B: Fue en una reunión, nos pusimos a platicar y nos caímos bien, luego de eso me invitaba a su casa a tomarnos unos refrescos hasta que me dijo si me quería ir a vivir con él.

A: ¿Ud. sabía que él quería algo con Ud.?

B: Sí, desde el primer momento yo me di cuenta que quería algo conmigo, ya cuando me invito la primera vez a su casa me dijo que era gay y que no me iba a engañar, que sus intenciones eran de que fuera yo su pareja. Y fue como me fui a vivir con él por 8 años.

A: ¿Vivía Ud. con su mamá antes de vivir con él?

B: Sí.

A: ¿Le dijo algo?

B: Me apoyó, también mi hermana.

A: ¿Qué edad tenía él?

B: Ahorita ya tiene 55.

A: ¿Qué le gustó de él que lo convenció?

B: **Que me gustó su forma de tratarme, él era muy afectuoso conmigo, me abrazaba, era una muy buena persona.**

A: ¿Por qué terminaron?

B: **Porque ya no teníamos nada que darnos uno al otro, y lo dejé, decidí que la relación con él ya había terminado.**

Sí me buscó, pero ya no quise regresar.

A: ¿Cuánto hace de esto?

B: Un mes.

A: ¿Lo extraña?

B: Al principio fue por lo que me deprimí, como quiera fueron 8 años; pero ya estoy bien, conocí a una mujer de la que me enamoré.

A: ¿Cuándo la conoció?

B: En seguida que me separé. Es una chica que viene de Oaxaca y pues nos hicimos novios. Ya le dije que nos casemos porque **la amo y porque quiero formar una familia con ella. Tengo la ilusión de tener mis hijos.**

A: ¿Qué edad tiene ella?

B: 18.

A: ¿Y qué le dice de su propuesta?

B: Sí está ilusionada, dice que lo está pensando.

A: ¿Por qué considera que se haya enamorado tan pronto de ella?

B: Porque es muy buena conmigo.

A: ¿En qué se parece a su anterior pareja?

B: Que es muy afectuosa, que me abraza.

A: ¿Cómo define su orientación sexual?

B: Normal.

A: ¿Ella sabe que acaba de tener una relación de 8 años con este señor?

B: No, no sabe.

A: ¿Se lo piensa comentar?

B: No, no creo, ella y yo nos queremos mucho.

Integración del estado mental.

Percepción distorsionada de las relaciones interpersonales. Nula comprensión acerca de sus emociones inestables. Orientación hacia metas con carga afectiva. Conducta desinhibida para establecer relaciones de afecto. Baja capacidad de abstracción. Humor aparentemente estable. Juicio erróneo sobre su sexualidad. Trastorno en la identidad del yo en que no hay una continuidad.

En la siguiente página se relacionan los criterios diagnósticos identificados durante las sesiones con el paciente de 26 años de edad.

Criterios para el diagnóstico de F60.31 Trastorno límite de la personalidad.	Paciente masculino, 26 años.
(1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado	<i>Este criterio está enmascarado por el mecanismo de distorsión de las imágenes: idealización; ejemplo: enseguida de separarse de un hombre; propone matrimonio y formar una familia a una mujer que acaba de conocer.</i>
(2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.	...me quemé las manos con una parrilla y sí me dolió... Gracias a ella dejé de robar, por eso mi mamá lo es todo para mí. ...Que me gustó su forma de tratarme, él era muy afectuoso conmigo, me abrazaba, era una muy buena persona.
(3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.	...Al principio fue por lo que me deprimí, como quiera fueron 8 años; pero ya estoy bien, conocí a una mujer de la que me enamoré. ...porque quiero formar una familia con ella. Tengo la ilusión de tener mis hijos.
(4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida)	...Vagaba, me cruzaba las avenidas, los puentes luego me quedaba sentado en alguna banqueta por horas y ya me regresaba en la noche, otras veces ella me buscaba ya hasta como a la 1 am. ...nada más teníamos relaciones, luego supe que tenía relaciones con otro, hasta salió embarazada de él; pero en un principio quería que me hiciera cargo de los gastos.
(5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación	
(6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).	...yo por quien estaba interesado era en su prima, la anduve pretendiendo, pero cuando la vi que mejor empezó a andar con otro luego, luego me le declaré a su prima para darle celos, pero yo no quería andar con ella.
(7) sentimientos crónicos de vacío.	...No pensaba nada, me quedaba mirando como al vacío, y así por horas. ...Más que nada me aburría. ...Porque ya no teníamos nada que darnos uno al otro, y lo dejé, decidí que la relación con él ya había terminado.
(8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).	
(9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves	