

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

**TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN MUJERES, DESARROLLADOS EN LA
INFANCIA POR HABER CRECIDO CON CUIDADORES PRINCIPALES.**



VIVIAN MARÍA MONROY PESQUERA.

CHIQUMULA, GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2016.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

**TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN MUJERES, DESARROLLADOS EN LA
INFANCIA POR HABER CRECIDO CON CUIDADORES PRINCIPALES.**

Estudio cualitativo y cuantitativo de tipo exploratorio, realizado en mujeres estudiantes de primero, segundo y tercer año de la carrera de médico y cirujano del centro universitario de oriente, durante el período de agosto 2015 a septiembre de 2016.

VIVIAN MARÍA MONROY PESQUERA.

CHIQUMULA, GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2016.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**

**TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN MUJERES, DESARROLLADOS EN LA
INFANCIA POR HABER CRECIDO CON CUIDADORES PRINCIPALES.**

Estudio cualitativo y cuantitativo de tipo exploratorio, realizado en mujeres estudiantes de primero, segundo y tercer año de la carrera de médico y cirujano del centro universitario de oriente, durante el período de agosto 2015 a septiembre de 2016.

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por

VIVIAN MARÍA MONROY PESQUERA.

Al conferírsele el título de

MÉDICA Y CIRUJANA

En el grado académico de

LICENCIADA

CHIQUIMULA, GUATEMALA, SEPTIEMBRE DEL 2016.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**



RECTOR

Dr. CARLOS GUILLERMO ALVARADO CEREZO

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Representante de Profesores:	M.Sc. José Leónidas Ortega Alvarado
Representante de Profesores:	Lic. Zoot. Mario Roberto Suchini Ramírez
Representante de Graduados:	Lic. Zoot. Oscar Augusto Guevara Paz
Representante de Estudiantes:	Br. Carla Marisol Peralta Lemus
Representante de Estudiantes:	PAE. Alberto José España Pinto
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Coordinador de Carrera:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Presidente y Revisor:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
Secretario y Revisor:	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal y Revisor:	M.Sc. Rory René Vides Alonzo
Vocal y Revisor:	M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé

Chiquimula, 21 de Septiembre del 2016.

Señores:

Miembros del Consejo Directivo.

Centro Universitario de Oriente.

Universidad de San Carlos de Guatemala.

Chiquimula, Ciudad.

Respetables Señores:

En cumplimiento de lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento ante ustedes, el trabajo de graduación titulado **“TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN MUJERES, DESARROLLADOS EN LA INFANCIA POR HABER CRECIDO CON CUIDADORES PRINCIPALES”**.

Como requisito a optar el título profesional de Médico y Cirujano en el grado Académico de Licenciado.

Atentamente.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Vivian María Monroy Pesquera.

200440105

Chiquimula, 21 de Septiembre del 2016.

Señor Director:
M. Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera.
Centro Universitario de Oriente.
Universidad de San Carlos de Guatemala.

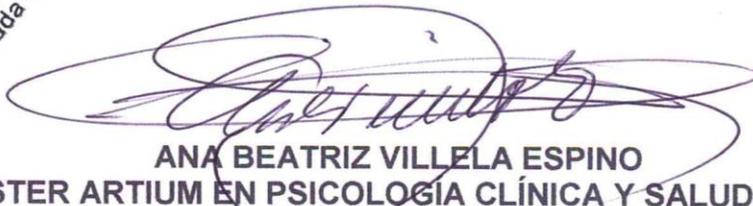
Respetable Director:

Le saludo muy cordialmente y les deseo muchos éxitos en sus labores diarias. En atención a la designación efectuada por la Comisión de Trabajos de Graduación de Medicina para asesorar a Vivian María Monroy Pesquera, con número de carné 200440105, en el trabajo de graduación titulado "TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN MUJERES, DESARROLLADOS EN LA INFANCIA POR HABER CRECIDO CON CUIDADORES PRINCIPALES", me dirijo a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar el mencionado sustentante, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado establece la existencia de trastornos psicopatológicos en la vida adulta, en las mujeres que crecieron con cuidadores principales, realizado estudiantes del primero, segundo y tercer año de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente; por lo que en mi opinión reúne los requisitos exigidos por el método científico y las normas pertinentes; razón por la cual recomiendo su aprobación para su discusión en el Examen General Público de Trabajos de Graduación, previo a optar el título de Médica y Cirujana, en el Grado Académico de Licenciatura.

Ana Beatriz Villela Espino
MASTER EN PSICOLOGIA CLÍNICA
Y SALUD MENTAL
Colegiada 6420

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



ANA BEATRIZ VILLELA ESPINO
MAGISTER ARTIUM EN PSICOLOGIA CLÍNICA Y SALUD MENTAL
COLEGIADO NO. 6420.



Chiquimula, 21 de septiembre del 2016.
Ref. MYCTG-56-2016.

MSc. Nery Waidemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante VIVIAN MARÍA MONROY PESQUERA carné 200440105, ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **“TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN MUJERES DESARROLLADOS EN LA INFANCIA POR HABER CRECIDO CON CUIDADORES PRINCIPALES”**, realizado en estudiantes mujeres del primer, segundo y tercer año de la Carrera de Médico y Cirujano de CUNORI, el cual fue asesorado por Magister Artium en Psicología Clínica y Salud Mental Ana Beatriz Villela Espino, colegiado 6,420 quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación contempladas en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana, en el grado Académico de Licenciada.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

“Id y Enseñad a Todos”


MSc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Encargado Unidad de Investigación y Trabajos de Graduación
- Carrera de Médico y Cirujano- CUNORI-



“39 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE”

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.



Chiquimula, 21 de septiembre del 2016.
Ref. MYCTG-55-2016.

MSc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante VIVIAN MARÍA MONROY PESQUERA carné 200440105, ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **“TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN MUJERES DESARROLLADOS EN LA INFANCIA POR HABER CRECIDO CON CUIDADORES PRINCIPALES”**, realizado en estudiantes mujeres del primer, segundo y tercer año de la Carrera de Médico y Cirujano de CUNORI, el cual fue asesorado por Magister Artium en Psicología Clínica y Salud Mental Ana Beatriz Villela Espino, colegiado 6,420 quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación contempladas en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana, en el grado Académico de Licenciada.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

“Id y Enseñad a Todos”

Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
-Coordinador - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente



“39 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE”

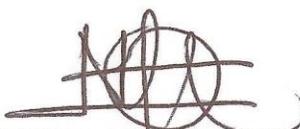
Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

D-TG-MyC-137/2016

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE: Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó la estudiante **VIVIAN MARÍA MONROY PESQUERA** titulado **“TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN MUJERES, DESARROLLADOS EN LA INFANCIA POR HABER CRECIDO CON CUIDADORES PRINCIPALES”**, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como Trabajo de Graduación a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de **Médica y Cirujana**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el veintiuno de septiembre de dos mil dieciséis.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



MSc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
DIRECTOR
CUNORI - USAC



c.c. Archivo

NWGC/lchp

AGRADECIMIENTOS

A DIOS NUESTRO SEÑOR

A LA VIRGEN MARÍA

A MIS PADRES

A MI FAMILIA

A MI NOVIO

A MIS AMIGOS

AL DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE

Msc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera

AL COORDINADOR DE LA CARRERA Y DESTACADO CATEDRÁTICO

Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

A MIS CATEDRÁTICOS

A LOS REVISORES Y DESTACADOS CATEDRÁTICOS

Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio

Ing. Agr. Christian Edwin Sosa Sancé

Dr. Rory René Vides Alonzo

A MI ASESORA

Licda. Ana Beatriz Villela Espino

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Alma Mater donde desarrollé mi pensamiento académico

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE CUNORI

Por brindarme los conocimientos que me permitieron poder formarme como profesional
y de esta forma contribuir a la sociedad

**AL HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA Y AL HOSPITAL REGIONAL DE
ZACAPA**

A LA PERLA DE ORIENTE

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Nuestro señor, por darme la vida, por permitirme abandonarme en sus manos para guiar mis pasos durante todo el camino hasta llegar a mi meta y demostrarme que no he estado sola y que este camino los hemos recorrido juntos. Infinitas gracias por tus bendiciones y porque hoy me permites sonreír ante mis logros que son obra tuya.

A LA VIRGEN MARÍA

Quien con su manto divino me ha cuidado y protegido durante toda mi vida y ha sido mi intercesora ante Dios.

A MIS PADRES

Leonel Enrique Monroy Zuchini y Vivian Margarita Pesquera Ochoa. Por ser pilares fundamentales en mi vida. Mi agradecimiento es infinito por los valores inculcados y por permitirme tener una excelente educación. Por su amor, su ejemplo, su paciencia y su apoyo incondicional. Este logro es gracias a todo su esfuerzo y no me alcanzaría la vida para agradecerles. Y no tengo mayor satisfacción que decirles que lo logré.

Gracias por creer en mí. Son mi Bendición.

A MIS HERMANOS

Leonel Enrique y Margarita de María por su cariño, paciencia y por hacerme la vida más feliz con su compañía. Los quiero mucho hermanitos.

A MIS ABUELITOS

Por todo su amor y porque sé que este momento los llena de alegría y orgullo. Gracias por cuidarme, consentirme y mantenerme en sus oraciones siempre.

A MI FAMILIA:

Por creer en mí, por motivarme y porque sé que siempre he estado en sus oraciones. Los quiero mucho. En especial a Tío Edgardo Pesquera por ser mi segundo papá y a Tía Connie Monroy, muchas gracias a ambos por su amor y por siempre estar pendiente de mí, este éxito va dedicado a ustedes.

A LAS FAMILIAS

Vásquez Pesquera, Ávila Pesquera, Roldán Valdés, Callén Valdés por su cariño, en especial a Jaime José por su amor, por su paciencia, por su apoyo incondicional, por motivarme a perseverar y alcanzar la meta y por ser parte de éste éxito que es suyo también. Gracias por estar conmigo hasta el final.

A MI ASESORA

Licda. Ana Beatriz Villela, gracias por aceptar orientarme, por su paciencia, por el tiempo que se tomó para asesorarme y sobre todo gracias por su amistad. Para usted mi respeto y admiración.

A LAS PSICOLOGAS

Cristina Rodas por su apoyo, sus consejos y su amistad. Verónica Sosa por aportar considerablemente en mi proyecto, por su paciencia, sus consejos, su disponibilidad, le agradezco mucho. Para ustedes mi respeto y admiración.

A MIS CATEDRÁTICOS

Por brindarme sus conocimientos y experiencias, por mostrarme el valor y el lugar que merece cada paciente con el fin de formar profesionales de calidad y principalmente por enseñarme el arte de la Medicina.

A MIS AMIGOS

Walter por su amistad sincera, por ser mi mano derecha durante este proceso, por aportar considerablemente en mi proyecto, por su apoyo incondicional, por su paciencia, sus consejos, su disponibilidad, le agradezco mucho.

Alicia María por ser mi hermana por afinidad, mi confidente, por brindarme su confianza, su cariño, su amistad sincera, gracias por enseñarme el valor de la amistad, te quiero hermana. Karem y Blanca por su cariño, su amistad sincera, su confianza, por su apoyo y por sus ánimos. A Caliche, Fernando, Chusita, Yohana, Lucky y Martita por su cariño, su amistad y por su apoyo. Este éxito es de ustedes también. Los quiero mucho.

A MI REVISOR DE TESIS

Dr. Carlos Arriola Un millón de gracias por la asesoría y ayuda invaluable que me dio a lo largo de este proceso.

A OCTGM

Dr. Edvin Mazariegos, Dr. Rory Vides, Ing. Cristian Sosa, gracias por su orientación y consejos, por su disponibilidad, por su ardua labor y ayuda en este proceso. Los admiro y respeto.

AI DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE

M. Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera por su apoyo. Para usted mi admiración y respeto.

A UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE

Alma Mater, por crearme como profesional y cumplir uno de mis sueños más anhelados.

RESUMEN

Vivian Monroy⁴, Licda. Ana Villela³, Dr. Carlos Arriola², Dr. Edvin D. Mazariegos^{1y2}

Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca el Zapotillo zona 5 Chiquimula tel. 78730300 ext. 1027.

Los trastornos mentales son perturbaciones de la actividad intelectual, estado de ánimo y del comportamiento.

Se realizó una investigación en 40 mujeres criadas por cuidadores principales, estudiantes de primero al tercer año de la carrera de Médico y Cirujano –CUNORI-, para establecer si desarrollaron trastornos psicopatológicos en la adultez, utilizando como base el MMPI. El 97% presentó trastornos psicopatológicos. Las 3 escalas clínicas del MMPI encontradas frecuentemente fueron la Esquizofrenia con el 28%, un 20% la Desviación Psicópata y Depresión con 13%. Según el año de estudio, la escala clínica más frecuente fue la Depresión en el primer año con 18%; en segundo, la Esquizofrenia, 13%; y en tercero, la Desviación Psicópata, con el 7%. Del total de mujeres, 10 fueron entrevistadas, indicaron emociones frecuentes tristeza, falta de aceptación, nerviosismo, decepción y vacío. Según la exploración del sistema familiar la relación de las mujeres entrevistadas con sus cuidadores principales es de armonía.

PALABRAS CLAVE: Trastornos Psicopatológicos, Cuidadores Principales, MMPI, Genogramas, Mujeres.

^{1y2}Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI y revisor de Tesis, Dr. Edvin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es

²Revisor de tesis

³Asesora de tesis

⁴Investigador

ABSTRACT

*Vivian Monroy⁴, Licda. Ana Villela³, Dr. Carlos Arriola², Dr. Edvin D. Mazariegos^{*1y2}*

Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca el Zapotillo zona 5 Chiquimula tel.

78730300 ext. 1027.

Mental disorders are disturbances of intellectual activity, mood and behavior.

The research was carried out on 40 women reared by primary caregivers, students from the first to the third year of the career of Physician and Surgeon - CUNORI-, to establish whether they developed psychopathological disorders in adulthood, using as a basis the MMPI. The 97% presented psychopathological disorders. The 3 clinical scales of the MMPI frequently found; were the Schizophrenia with 28%, a 20% Deviation Psychopath and Depression with 13%. According to the year of study, the most frequent clinical scale was the depression in the first year with 18%; in second, the schizophrenia, 13%; and third, the psychopathic deviation with 7%. Of the total of women, 10 were interviewed, indicated frequent emotions, sadness, lack of acceptance, nervousness, disappointment and vacuum. According to the exploration of the family system, the relationship of the women interviewed with their primary caregivers is harmony.

KEYWORDS: Psychopathological Disorders, Caregivers Main, MMPI, Genograms, Women.

^{1y2}Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI y revisor de Tesis, Dr. Edvin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es

²Revisor de tesis

³Asesora de tesis

⁴Investigador

ÍNDICE GENERAL

Contenido	Página
RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	iii
I. Planteamiento del problema	1
a. Antecedentes del problema	1
b. Hallazgos y estudios realizados	9
c. Definición del problema	12
II. Delimitación del estudio	14
a. Delimitación teórica	14
b. Delimitación geográfica	14
c. Delimitación institucional	14
d. Delimitación temporal	15
III. Objetivos	16
IV. Justificación	17
V. Marco teórico	19
Capítulo I. Trastornos Psicopatológicos	19
Capítulo II. Cuidadores Principales	31
Capítulo III. El Apego	32
Capítulo IV. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota	36
Capítulo V. Genogramas	45
VI. Diseño metodológico	49
a. Tipo de estudio	49
b. Área de estudio	49
c. Universo	49
d. Sujeto u objeto de estudio	49
e. Criterios de inclusión	49
f. Criterios de exclusión	50
g. Variables estudiadas	50
h. Operacionalización de variables	50
i. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	51

j. Procedimientos para la recolección de datos	52
k. Plan de análisis	52
l. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación	57
m. Cronograma de actividades	58
n. Recursos	59
VII. Presentación de los resultados	60
7.1. Gráficas y tablas	60
7.2. Entrevistas y genogramas	69
VIII. Análisis de los resultados	90
IX. Conclusiones	94
X. Recomendaciones	96
XI. Propuesta	97
XII. Bibliografías	104
XII. Anexos	107

RESUMEN

Un trastorno mental se caracteriza por una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales.

Este es un estudio cualitativo y cuantitativo de tipo exploratorio, fue realizado en 40 mujeres criadas por cuidadores principales, fueron seleccionadas dentro de 299 mujeres estudiantes de primero al tercer año de la carrera de Médico y Cirujano – CUNORI-, para identificar si padecen trastornos psicopatológicos, utilizando como base el Inventario Multifásico de la Personalidad. El análisis final concluye que de 40 mujeres estudiadas, el 97% presentaron trastornos psicopatológicos. La escala clínica del MMPI más frecuente fue la Esquizofrenia con el 28%, seguido de la Desviación Psicópata con el 20% y luego la Depresión con 13% y Manía con un 13%. De acuerdo con el año de estudio de Medicina, la escala clínica más frecuente en el primer año es la Depresión con el 18%, en segundo año la Esquizofrenia en un 13% y en tercer año la Desviación Psicópata con el 7%. Las mujeres entrevistadas presentan diversos síntomas con frecuencia estos son tristeza, falta de aceptación, nerviosismo, decepción, sensación de vacío, entre otras. La construcción de cada sistema familiar por medio de los genogramas sirvió para explorar la relación de las mujeres entrevistadas con sus cuidadores principales. Indicando que transgeneracionalmente las mujeres tuvieron una relación de amor y armonía. El funcionamiento de la abuela materna como madre, conllevó a un desajuste en el orden estructural en las generaciones posteriores: hermanos que funcionan como hijos, madres que funcionan como hermanas, primos que funcionan como tíos, tíos que funcionan como hermanos. La relación con el padre o quién desarrolló el rol de padre, generalmente fueron relaciones conflictivas, distantes o con abuso emocional. Además, en la mayoría de mujeres entrevistadas la relación con los cuidadores principales fue de armonía, existiendo un solo caso en donde esta relación se rompió.

Esta información es importante debido a que servirá para que las mujeres estudiadas reciban ayuda especializada, puesto que estas mujeres se preparan para trabajar con personas en un futuro cercano; además, se debe tener en cuenta que mientras mayor es el año de estudio más complejos son los trastornos mentales que se padecen. Por consiguiente este estudio debe de ser tomado como base para continuar realizando estudios de salud mental más específicos y a gran escala.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos psicopatológicos o trastornos mentales son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerados como anormales con respecto al grupo social del cual proviene una persona. Estos trastornos son un problema de salud vigente, debido a su alto impacto social y económico, afectan a la sociedad en general y representan un impedimento para el desarrollo humano.

Los efectos de estos trastornos no se limitan al propio organismo, sino que afectan el funcionamiento y desarrollo normal de la persona en la sociedad, tanto a nivel laboral, escolar, relaciones interpersonales, entre otros. En Guatemala, 1 de cada 4 personas padecen algún trastorno de salud mental, un porcentaje de esta población regularmente son vistos con mayor frecuencia con características clínicas de trastornos de ansiedad y/o depresión en el servicio de emergencia de centros hospitalarios.

Las mujeres acuden a servicios de emergencia diariamente expresando malestares generales, no encontrando el médico una causa física u orgánica, estos síntomas son “somatizaciones” que desarrollan secundarios al o los trastornos psicopatológicos de base. Actualmente se ha encontrado una concordancia significativa entre síntomas psicopatológicos en la adultez y la organización del comportamiento de apego del niño con esa figura en la situación extraña, que ha sido criado por un cuidador principal.

La presente investigación se realizó con un universo de 299 mujeres, estudiantes de primero, segundo y tercer año de la carrera de Médico y Cirujano. El objetivo principal fue establecer la relación existente entre las mujeres que crecieron con cuidadores principales y el desarrollo de trastornos psicopatológicos en la vida adulta, encontrando que el 87% de las mujeres fueron criadas por sus padres y el 13% de las mujeres fueron criadas por cuidadores principales en su infancia.

De 40 mujeres criadas por cuidadores principales, el 97% presentó trastornos psicopatológicos y tan solo el 3% no presentó alteraciones mentales.

Así mismo, luego de aplicar el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, a las mujeres estudiantes de primero, segundo y tercer año de la carrera de Médico y Cirujano que crecieron con cuidadores principales, los resultados sugieren que las escalas clínicas con mayor frecuencia fueron la Esquizofrenia (Es) con un 28%, seguido de la Desviación Psicópata (Dp) con un 20%, la Depresión (D) con un 13% y con igual porcentaje, Manía (Ma). Además, entre los síntomas más frecuentes en estas mujeres, encontramos la tristeza con el 20%, el 16% presentó nerviosismo, con igual porcentaje se muestran decepcionadas, seguido de la falta de aceptación por personas que las rodean con un 14%. Estas emociones, si se padecen con frecuencia dan lugar a trastornos psicopatológicos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

a. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La familia es la base fundamental de la sociedad, en donde tradicionalmente el padre ha sido el encargado de llevar el sostén económico a la casa y la madre la encargada de los quehaceres del hogar y la crianza de los hijos, pero han habido cambios importantes en la época actual, en donde el rol de la mujer en la familia ha tenido un giro de 360 grados y la participación creciente de la madre en la vida económica y social, buscando nuevas oportunidades ha llevado a la sociedad a enfrentar nuevos desafíos y a ensayar nuevas estrategias para enfrentarlos (OMS, 2014).

Surgen nuevos “tipos de hogares”, donde ambos padres trabajan y es indispensable integrar ya sea a un miembro cercano de la familia o empleadas domésticas para el cuidado de los hijos. Es importante conocer la historia social, la historia personal, esa historia familiar que involucra costumbres y características particulares en cada ente familiar, porque a través de estos nuevos tipos de familias los niños aprenden reglas, aprenden nuevos patrones de conducta, las costumbres, la cultura, además que estas relaciones cubren necesidades físicas y crean vínculos emocionales (OMS, 2013).

Los trastornos psicopatológicos son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo (OMS, 2014).

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores (OMS 2014).

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos psicopatológicos incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos psicopatológicos (OMS 2014).

El contacto con los demás comprende interrelaciones de tipo social y emocional, conforme el individuo crece, sus interrelaciones con los otros se va incrementando. En la adolescencia crea nuevas expectativas, en la adultez con una independencia más declarada busca pareja, se casa y tiene descendencia.

La OMS plantea que las diferencias de género aparecen en particular en las estadísticas de trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad y quejas somáticas) (OMS, 2014).

Los trastornos psicopatológicos influyen a menudo en otras enfermedades tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o la infección por el VIH/sida y se ven influidos por ellas, por lo que requieren servicios y medidas de movilización de recursos comunes. Por ejemplo, hay pruebas de que la depresión predispone al infarto de miocardio y a la diabetes, que a su vez aumentan la probabilidad de sufrir depresión. Estos trastornos, que predominan en las mujeres, afectan aproximadamente a 1 de cada 3 personas en la comunidad y constituyen un serio problema para la salud pública. Los trastornos psicopatológicos, neurológicos y por consumo de sustancias se cobran un alto precio, y representaban un 13% de la carga mundial de morbilidad en 2004 (OMS, 2013).

Por sí sola, la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres.

Las consecuencias económicas de estas pérdidas de salud son igualmente amplias: en un estudio reciente se calculó que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de US \$16,3 billones entre 2011 y 2030 (OMS, 2013).

Según la encuesta nacional de salud mental de Guatemala en el 2009 cuatro de las 6 causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos. De las causas de morbilidad en Guatemala en el 2007, los trastornos mentales fueron la causa No. 26 con el 4.45%, para el 2009 la Prevalencia de los principales Trastornos de Salud Mental (USAC, 2012).

En la República de Guatemala los casos de trastornos mentales son múltiples los cuales en los últimos años han aumentado debido a eventos como el conflicto armado interno, la violencia y los problemas económicos. Todos estos eventos han provocado entre la población conductas de discriminación, inseguridad, desconfianza, violencia, adicciones y abuso de alcohol y otras sustancias provocando en algunos pobladores conductas de ansiedad, depresión y demencia que afectan su bienestar emocional y mental. Todas aquellas personas que presentan un trastorno mental se consideran como “seres anormales” ante las expectativas y valores de la sociedad, por lo que muchas de ellas no buscan ayuda profesional debido a que serán juzgados por la sociedad (USAC, 2012).

En el año 2009 el SIGSA reportó las estadísticas de casos de trastornos mentales por departamento siendo los cinco con mayores casos Guatemala, Quetzaltenango, Marcos, Baja Verapaz, Sololá y Alta Verapaz. Para el año 2010 el sistema de Información Gerencial en Salud -SIGSA- del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de Guatemala reportó 23,565 casos de morbilidad, 19 casos de mortalidad y 75 tipos de trastornos mentales (USAC, 2012).

La República de Guatemala actualmente no cuenta con ninguna legislación sobre la salud mental, solamente con una política de salud mental elaborada por el Programa Nacional de Salud Mental en el año 2008 la cual aún no ha sido ratificada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. En el año 2009 se realizó la última revisión de los planes de salud mental que se componía de temas como la organización de los servicios, equidad de accesos a los servicios mentales y mejoramiento de calidad (USAC, 2012).

Actualmente solamente el 1% de los egresos del ministerio destinados a atención de salud a nivel gubernamental son consignados a la salud mental y el 94% de los gastos invertidos en salud mental son dirigidos a hospitales psiquiátricos. El país cuenta con cuarenta establecimientos de salud mental ambulatorios, una unidad de tratamiento diurno, dos unidades psiquiátricas en hospitales generales, once establecimientos residenciales comunitarios y dos hospitales psiquiátricos. Todas estas con capacidades limitadas para el tratamiento y cuidado adecuado de los pacientes (USAC, 2012).

Los recursos humanos con los que cuenta el país para la atención de salud mental son limitados ya que se poseen 10.7 trabajadores por cada 100,000 habitantes, de los cuales las mayorías trabajan en establecimientos privados o práctica privada. Muchos de los trabajadores no reciben la preparación adecuada y no son capacitados constantemente lo cual no permite que las técnicas de cuidado, tratamiento y diagnóstico se modernicen (USAC, 2012).

Según datos de la Tesis de Grado realizada en 2013 por el Arquitecto Jorge Urrutia Boguerín, se obtuvieron los siguientes datos estadísticos de Morbilidad de Salud Mental de la República de Guatemala (Urrutia, 2013).

Durante el año 2010, el cual fue el último informe proveído por el SIGSA, en el país se reportaron 23,565 casos y 75 tipos de trastornos mentales; de los cuales los principales trastornos mentales fueron los siguientes:

- Trastorno de ansiedad – 7,261 casos

- Trastornos depresivo – 5,237 casos
- Trastorno fóbico de ansiedad – 5,002 casos
- Trastorno somatomorfo – 2,465 casos
- Trastorno emocional y del comportamiento que aparecen en la niñez – 1,962 casos
- Trastornos del apetito – 245 casos
- Trastorno de la personalidad – 337 casos
- Trastornos esquizofrénicos – 100 casos
- Trastorno psicótico – 2 casos
- Otros – 954 casos (Urrutia, 2013).

MORBILIDAD DE SALUD MENTAL POR DEPARTAMENTO

Durante el año 2009 el SIGSA reportó las siguientes estadísticas de casos de trastornos mentales de los 22 departamentos.

Alta Verapaz – 2,350 casos	Peten – 1,154 casos
Baja Verapaz – 2,483 casos	Quetzaltenango – 4,039 casos
Chimaltenango – 520 casos	Quiche – 1,643 casos
Chiquimula – 837 casos	Retalhuleu – 530 casos
El Progreso – 418 casos	Sacatepéquez – 839 casos
Escuintla – 1,785 casos	San Marcos – 2,651 casos
Guatemala – 5,542 casos	Santa Rosa – 1,887 casos
Huehuetenango – 1,236 casos	Sololá – 2,397 casos
Izabal – 739 casos	Suchitepéquez – 45 casos
Jalapa – 627 casos	Totonicapán – 2,388 casos
Jutiapa – 862 casos	Zacapa – 403 casos

(Urrutia, 2013).

LA TEORÍA DEL APEGO

John Bowlby (1986, 1998), psiquiatra y psicoanalista, trabajó durante años en clínica infantil y planteó la teoría del apego, la que concibió como una tendencia de los seres humanos a establecer vínculos afectivos sólidos con personas determinadas a través de la vida (Lorenzini y Fonagy, 2012).

El comportamiento de apego es todo aquel que permite al sujeto conseguir o mantener proximidad con otra persona diferenciada y generalmente considerada más fuerte y/o sabia, propio del ser humano, que motiva la búsqueda de proximidad entre el niño pequeño y sus padres o cuidadores. Se enfatiza que la experiencia del niño con sus padres tiene un rol fundamental en la capacidad posterior del niño de establecer vínculos afectivos y que las funciones principales de ellos serían proporcionar al niño una base segura y, desde allí, animarlos a explorar; es importante que el niño pueda depender de sus figuras de apego y que éstas puedan contener y proteger al niño cuando lo necesita (Lorenzini y Fonagy, 2012).

La interacción que se produzca entre el cuidador y el niño podrá dar cuenta de la calidad del vínculo, en 1980 Bowlby lo identificó como modelos operantes internos, que serían expectativas que posee el niño acerca de sí mismo y de los demás (Lorenzini y Fonagy, 2012).

La teoría del apego, concebida por John Bowlby (1969), se refiere entonces a las formas características con que una persona se relaciona con sus más cercanos o “figuras de apego”: con sus padres, hijos y parejas sexuales. Desde el nacimiento, las interacciones entre el infante y sus figuras primarias establecerán las bases para el desarrollo de la personalidad y moldearán las interacciones íntimas subsiguientes, las expectativas de aceptación social y las actitudes frente al rechazo. Una base segura es formada a través de la estabilidad y seguridad que la figura primaria de apego (usualmente la madre) provee al infante en momentos de estrés, lo que permite al infante explorar el ambiente a su alrededor (Lorenzini y Fonagy, 2012).

Así, el niño crea una serie de modelos mentales acerca de sí mismo y de los demás en un contexto de interacción social (los “modelos operantes internos”), basados en reiteradas interacciones con otros significativos. Estas relaciones de apego tempranas son cruciales para la adquisición de la capacidad de regulación afectiva, de control atencional, mentalización y del sentido de autonomía del infante (Lorenzini y Fonagy, 2012).

La literatura del apego está dominada por evaluaciones empíricas de ciertas formas características de relacionarse. La evaluación más influyente es la Técnica de la Situación Extraña: Cuando un infante es separado de su madre y es dejado junto a un extraño durante algunos minutos en un ambiente poco familiar, los infantes tienden a mostrar un número limitado de comportamientos. Tres estilos de apego han sido identificados por este procedimiento: seguro (63% de los niños), ansioso-ambivalente (16%) y ansioso-evitativo (21%) (Lorenzini y Fonagy, 2012).

En adultos, el estilo de apego se clasifica respectivamente como seguro-autónomo (58% de la población general), ansioso (19%) y evitativo (21%); estas clasificaciones provienen de la Entrevista de Apego Adulto (AAI), durante la cual el entrevistado narra experiencias de apego infantil. Trabajos posteriores han revelado un cuarto estilo, el apego desorganizado, tanto en niños como en adultos (Lorenzini y Fonagy, 2012).

Los adultos clasificados en esta categoría son también clasificados dentro de alguna de las otras tres categorías primarias. Si bien los procesos de apego son normativos y necesarios para la supervivencia humana (y mamífera), la teoría del apego está siendo utilizada cada vez más para investigar e intervenir en trastornos de la personalidad. Estos trastornos corresponden a patrones de comportamiento permanentes que incluyen un componente intrapersonal (descontrol de impulsos, afectividad y estrés), uno interpersonal (patrones de relación disfuncionales) y uno social (que crea conflictos con los demás y con las instituciones sociales) (Lorenzini y Fonagy, 2012).

La teoría del apego da cuenta de estas cuatro características de los trastornos de la personalidad, proveyendo de una perspectiva ideal desde la cual entender estos trastornos a partir la integración de puntos de vista psicológicos, psiquiátricos, genéticos, del desarrollo, neurocientíficos y clínicos (Lorenzini y Fonagy, 2012).

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD DE MINNESOTA

El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI, por sus siglas en inglés: Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Inicialmente el MMPI fue desarrollado para la obtención de información clínica y diagnóstica acerca de pacientes psiquiátricos y médicos en general (Núñez de Arco y Viveros, 2004).

Los primeros estudios se realizaron en los años 40, cuando Starke Hathaway y McKinley, empezaron a reunirse para elaborar una técnica para la evaluación objetiva de la personalidad. Utilizando preguntas frecuentes en entrevistas clínicas, neurológicas, psiquiátricas, medicina en general; escalas utilizadas en la época destinadas a la evaluación de la personalidad y escalas sobre orientación vocacional (Núñez de Arco y Viveros, 2004).

“Originalmente, la lista de ítems era de 1200 frases, que posteriormente se redujeron a 504, esta selección se basó, en parte, en procedimientos empíricos de análisis de ítems, cuyo objeto era de discriminar entre diferentes grupos psiquiátricos previamente diagnosticados y grupos de ‘normales’. Esta es la técnica de ‘grupos contrastados’. En 1942 Hatahway y McKinley disponían de administraciones de la técnica efectuadas a 3000 sujetos (Núñez de Arco y Viveros, 2004).

La elaboración de todo el inventario y la obtención de las escalas ha sido objeto de una serie de estructuras e investigaciones realizadas por los autores ya mencionados y sus colaboradores Welsh y Dahlstrom en 1956 (Núñez de Arco y Viveros, 2004).

La credibilidad y objetividad del MMPI, han garantizado su predominancia ante muchas otras pruebas o inventarios de personalidad, puesto que su presencia es casi infalible en muchas áreas de la Psicología actual, al ofrecer mucha precisión en los resultados, puesto que las respuestas del individuo a examinar, se califican en forma objetiva ya sea manualmente o con un equipo de cómputo (Núñez de Arco y Viveros, 2004).

b. HALLAZGOS Y ESTUDIOS REALIZADOS

En el año 2005 en Chile, la Universidad Católica de Chile se realizó un estudio cualitativo de tipo exploratorio descriptivo en donde se llevó a cabo una exploración del diagrama familiar en sistemas familiares de mujeres criadas por sus abuelas, se estudiaron 5 casos seleccionados a partir de la capacidad de cada uno de aportar información relevante al estudio del fenómeno en su totalidad, es a partir de este carácter exploratorio-descriptivo, que los resultados obtenidos y su análisis, conforman una incipiente aproximación al tema de 'mujeres criadas por sus abuelas' y sienta la base para proyectar futuros estudios más específicos en torno a estos sistemas familiares (Aldoney, 2005).

Se analizó la relación de estas mujeres con los hogares que han creado, los estilos de crianza que han adoptado a sus hijos y las posibles repercusiones en la sociedad por no haberse criado en el seno de un hogar convencional (Aldoney, 2005).

Este estudio tiene como fin la descripción de estos sistemas familiares, configurándose como una primera e inédita aproximación al fenómeno señalado. La sobre funcionalidad de las mujeres de los sistemas estudiados se pudo apreciar sobre todo en relación a su función madre. Este proceso de trasmisión se dio de manera no lineal como una programación multigeneracional donde delega la función materna. A partir de la observación también es factible predecir estas pautas relacionales con respecto a las futuras generaciones de mujeres de estas familias (Aldoney, 2005).

Con relación a la elección de pareja se pudo señalar que la trasmisión de pautas en este aspecto tiene gran relación con la vinculación estrecha observada entre las mujeres del sistema. La línea materna de los sistemas explorados mostraron tendencia a las mujeres se unen dejando fuera a los hombres, resonando esto preponderantemente en su relación conyugal. Ellas vienen y construyen una historia donde los hombres han tenido poco peso en el ámbito relacional-emocional, interviniendo esto en su elección de pareja, conformando un patrón de funcionamiento que va viajando por la familia de manera multigeneracional (Aldoney, 2005).

La relación con el desorden jerárquico estructural presente transgeneracionalmente. El funcionamiento de la abuela materna como madre, conlleva un desajuste en el orden estructural en las generaciones posteriores: hermanos que funcionan como hijos, madres que funcionan como hermanas, primos que funcionan como tíos, tíos que funcionan como hermanos, entre otros. se puede proyectar su incidencia en generaciones posteriores, dificultando a las mujeres el ejercicio del rol esperado a partir de la estructura del sistema (Aldoney, 2005).

La necesidad por parte de las mujeres de ser validadas por sus propias madres como madres ante sus hijos. Esta venia generacional inauguraría a la mujer como madre, sin lo cual el desorden jerárquico estructural se cristaliza y se intensifican sus posibles efectos relacionales. Como igualmente digno de destacar es la reflexión en torno a las estructuras familiares que se desvían del modelo clásico nuclear y la consideración de éstas como patológicas (Aldoney, 2005).

El simple hecho de no calificar como 'familia convencional' no con lleva necesariamente disfunciones o patologías asociadas. Es más correcto asociar éstas a su funcionamiento multigeneracional en relación al manejo de la ansiedad (Aldoney 2005).

Valencia, España 2011. Los psicólogos Pinazo-Hernandis y Lluna, realizaron una investigación cualitativa acerca de menores criados por sus abuelas, para la revista sobre la infancia y la adolescencia con el programa de intervención psicoeducativa.

Todas las participantes fueron mujeres, puesto que son las abuelas quienes asumen normalmente el cuidado de los menores, se estudiaron 14 participantes y los datos fueron obtenidos mediante una entrevista semiestructurada la cual fue realizada a las abuelas (Pinazo-Hernandis y Lluna, 2011).

Los resultados obtenidos arrojaron que al acoger a un menor se producen cambios en la vida de las abuelas, ya que pasan de cumplir un rol de abuela, a ser las principales cuidadoras y responsables de sus nietos. Las abuelas participantes fueron formadas en habilidades parentales, enseñando a poner límites y afrontar comportamientos difíciles, educar y cuidar mejor de sus nietos, comunicarse mejor con ellos y ser más asertivas con las personas de su entorno, cuidarse mejor y conocerse mejor, mejorar su autoestima, reducir el estrés, aprender nuevos modos de vivir y disfrutar el ocio y compartirlo con los nietos (Pinazo-Hernandis y Lluna, 2011).

Por otra parte, Pinazo reflexiona en torno al acogimiento de menores en la familia extensa, señalando que la mayoría de estos acogimientos se llevan a cabo por los abuelos y que la mayor parte de éstos no se conocen porque no se formalizan (Pinazo-Hernandis y Lluna, 2011).

Pinazo expone cuatro tipos de custodia en relación a los nietos:

1. Abuelos cuidadores con guarda legal: existe una delimitación legal que define la relación abuelo-nieto.
2. Abuelos cuidadores con guarda de hecho: este sería el caso más ambiguo de rol de cuidador, pudiendo darse en situaciones donde uno o ambos padres conviven con el abuelo cuidador o en situaciones donde ninguno de los padres convive con ellos. Esta situación es compleja ya que los abuelos desarrollan los mismos roles que aquellos con guarda legal, pero no están autorizados a tomar decisiones sobre sus nietos, tampoco reciben ningún tipo de ayuda o beneficio en su función de 'padres'.
3. Abuelos cuidadores con guarda de día: dan los cuidados diarios y diurnos de sus nietos por periodos prolongados, pero sin ninguna responsabilidad legal.

Generalmente los motiva el ayudar económicamente a los padres o colaborar en casos donde ambos padres trabajan.

4. Abuelos con tutela ordinaria de sus nietos por fallecimiento o incapacidad de los padres: la incapacidad de los padres puede deberse a toxicomanías, malos tratos, abandono, problemas de salud mental, coeficiente intelectual muy bajo, madres solteras, entre otras (Pinazo-Hernandis y Lluna, 2011).

c. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Los padres deben ejercer varias funciones para garantizar el sano desarrollo de sus hijos, para asegurarles la supervivencia, vínculos afectivos, inculcar normas, valores, actitudes, entre otras. Pero existen numerosas situaciones que dificultan de una u otra manera que se desarrollen estas funciones, podría ser el fallecimiento de los padres, las dificultades económicas familiares, embarazos no deseados y la madre carece de la responsabilidad o no hay una estabilidad económica necesaria para brindar cuidados a sus hijos.

Otras veces, la razón por la que los niños no están siendo criados por sus propios padres es que éstos los abandonaron, abusaron o descuidaron, o podría ser debido a que el padre es soltero o divorciado y necesita ayuda por razones de estudio o de trabajo. Pueden ser situaciones temporales, como en las crisis financieras, o situaciones médicas o permanentes, en caso del fallecimiento de los padres.

El hecho de que estos niños hayan vivido en familias no convencionales, no les ha permitido crear relaciones afectivas con sus cuidadores principales y con el resto de personas que los rodean, desarrollan patrones de apego, el cual no es aprendido, por ser procesos biológicos. Esto puede crear que en la adolescencia o en la adultez padezcan de inestabilidad emocional, inseguridad, dando pauta a problemas en su desarrollo afectivo y emocional.

Se ven comportamientos de excesiva demanda de afecto y atención hacia sus cuidadores, amigos o parejas sentimentales y también está la otra cara como rechazo, desinterés y crear distancia con el mundo exterior y así se ve afectado su desarrollo social.

En la pubertad y adolescencia se pueden llegar a observar comportamientos rebeldes y desafío de límites, se llega a pensar que son normales para su edad o la etapa de la vida que están viviendo, ¡pero no! con el paso del tiempo pueden llegar a desencadenar pensamientos suicidas, relaciones sentimentales de codependencia, malas relaciones laborales y crisis de ansiedad que son vistos como somatizaciones, no se les da la importancia debida y pareciera que son personas que les gusta llamar la atención de las demás personas, aunque no es así, simplemente intentan decirle al mundo que están padeciendo trastornos psicopatológicos.

Los trastornos psicopatológicos muchas veces se ven más influenciados cuando se pierde por cualquier razón la fortaleza familiar y como se mencionó en párrafos anteriores, son evidenciados en la vida adulta, pero sin tipificarlos, por eso vale la pena preguntar ¿Qué síntomas psicopatológicos desarrollan las mujeres entre 18 a 25 años que han crecido con cuidadores principales?

II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

a) Delimitación teórica

El presente estudio tiene fundamento de carácter clínico, el cual pretende establecer la relación existente entre las mujeres que crecieron con cuidadores principales y el desarrollo de síntomas psicopatológicos en la vida adulta, de los estudiantes de la carrera de Medicina del Centro Universitario de Oriente, por medio de del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) y una entrevista analizada por genogramas.

b) Delimitación geográfica

El departamento de Chiquimula cuenta con 11 municipios, con una extensión territorial de 2,376 km cuadrados de los cuales 372 km corresponden directamente al municipio de Chiquimula, el idioma predominante es el español. Su cabecera municipal lleva el nombre del departamento y está ubicada en el norte del departamento a 167 km de la ciudad de Guatemala, a 324 msnm. El 67% de la población es católica.

Según el censo nacional de población en el año 2002 el municipio de Chiquimula tiene una población de 79.815 habitantes, de los cuales 38,352 son hombres y 41.463 son mujeres.

c) Delimitación institucional

El Centro Universitario de Oriente (CUNORI), se funda en 1977 con sede en la ciudad de Chiquimula y con cobertura en la región conformada por los departamentos de El Progreso, Izabal, Zacapa y Chiquimula. Es una unidad académica de la Universidad de San Carlos de Guatemala y tiene la misma categoría que las facultades o escuelas facultativas.

Funcionalmente depende del Consejo Superior Universitario y de la Rectoría, como órganos máximos de dirección de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Actualmente la carrera de Médico y Cirujano es la más grande en cuanto a población estudiantil se refiere, la carrera consta de 6 años, en los primeros tres años se reciben clases dentro de las instalaciones del Centro Universitario de lunes a viernes en horario de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Durante los últimos 3 años; cuarto, quinto y sexto, se realizan prácticas hospitalarias, en donde se cumplen labores intrahospitalarias y así mismo se continúa con las actividades de docencia, siendo los horarios de cuarto año de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. y se instala la modalidad de trabajo por turnos, se hacen turnos cada 4 días de 4:00 p.m. a 12:00 p.m. de lunes a viernes y los fines de semana se hacen turnos de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.

En quinto y sexto año, el horario de entrada es de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. de lunes a viernes y se continúa el trabajo por turnos, extendiéndose estos turnos en un horario de 4:00 p.m. a 7:00 a.m. del siguiente día, para luego continuar con las actividades diarias normales. Los fines de semana se realizan turnos de 24 horas.

d) Delimitación temporal

El estudio se realizará de septiembre del 2015 a junio del 2016.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

1. Establecer la existencia de trastornos psicopatológicos en la vida adulta, en las mujeres que crecieron con cuidadores principales, realizado estudiantes de primero, segundo y tercer año de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar los trastornos psicopatológicos más comunes en las mujeres que han crecido con cuidadores principales según el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI).
2. Identificar las principales emociones que presentan las mujeres que han crecido con cuidadores principales, de manera cualitativa a través de la entrevista clínica semiestructurada.
3. Describir el tipo de vínculo de apego que desarrollan las mujeres que han crecido con cuidadores principales, de forma cualitativa por medio de la entrevista clínica semiestructurada.

IV. JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen trastornos mentales que son frecuentes y que sus cifras van en aumento, entre ellos la depresión, las fobias, trastornos alimenticios, Alzheimer y trastornos de déficit de atención, entre otros. Uno de cada 5 adultos padece un trastorno mental, aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental. Los adultos entre 18 y 25 lo más propensos a padecer algún tipo de enfermedad mental, las mujeres son un 10% más propensas que los hombres a padecer desórdenes psicológicos, emocionales o de comportamiento. Sobre todo porque la incidencia de la depresión y los trastornos de ansiedad es mucho mayor en ellas (OMS, 2014).

En la práctica diaria consultan un grupo de mujeres con síntomas diversos sin presentar disfunción orgánica alguna y/o aparente, lo que hace pensar a las personas que las rodean que es una manera inconsciente de llamar la atención, pero no es así, es la mente la que está pidiendo ayuda y de alguna manera necesita que esos síntomas que están causando tanto daño aparezcan, que sean tomados en cuenta y que ese trastorno mental que a corto o largo plazo puede llegar a ser fatídico, sea diagnosticado, síntomas que probablemente hayan sido adquiridos en la infancia y ahora en la adultez afloran y para el clínico representan un verdadero dolor de cabeza y sea un diagnóstico difícil, porque no está familiarizado con trastornos mentales ni con sus síntomas, todo se resume en “disonía neurovegetativa”. Conforme pasa el tiempo y no hay un diagnóstico certero las mujeres pueden evolucionar a cuadros de pensamientos suicidas, codependencia, apego, entre otros.

En Guatemala no hay estudios realizados referentes a trastornos psicopatológicos en mujeres criadas por cuidadores, en el oriente del país y específicamente en el Centro Universitario de Oriente no se cuenta con datos estadísticos que indiquen la situación actual de dichos desórdenes.

Como se evidencia en estadísticas nacionales, un gran porcentaje de mujeres guatemaltecas se encuentran expuestas a los factores sociales que provocan desórdenes mentales, por lo que se vuelve importante la realización de un estudio que pueda ser utilizado para detectar a las pacientes que se encuentren en riesgo.

V. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I.

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS

TRASTORNOS MENTALES

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo, la discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

El diagnóstico del trastorno mental debe tener una utilidad clínica: debe ser útil para que el médico determine el pronóstico, los planes de tratamiento y los posibles resultados terapéuticos en sus pacientes. La necesidad de tratamiento es una decisión clínica compleja que debe tomar en consideración la gravedad del síntoma, su significado, el sufrimiento del paciente asociado al síntoma, la discapacidad que implican dichos síntomas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos disponibles (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Se refiere a una situación en la cual el individuo experimenta una ansiedad constante y a largo plazo, sin saber su causa (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

No es un pensamiento, sino un sentimiento de malestar confuso que se manifiesta tanto en el ámbito psíquico como en el somático, con repercusiones en el funcionamiento del sujeto. Estas personas tienen miedo de algo, pero son incapaces de explicar de qué se trata. Debido a su ansiedad no pueden desenvolverse en forma normal. No logran concentrarse, no pueden apartar sus temores y sus vidas empiezan a girar en torno a la ansiedad. Se puede entonces definir las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro. El sentimiento psíquico que provoca la ansiedad puede ser tan intenso que el sujeto cree que va a volverse loco o tenga sensación de muerte inminente (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

a) Manifestaciones psíquicas

La vivencia psíquica de ansiedad puede expresarse de múltiples maneras:

- Sentimiento de temor
- Sensación de tensión
- Vivencias de extrañeza
- Desrealización y despersonalización
- Alteraciones cognitivas
- Alteraciones de sueño
- Alteraciones del comportamiento (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

b) Manifestaciones físicas

- La ansiedad puede provocar síntomas en todos los órganos y sistemas del organismo por lo que puede considerarse como la gran simuladora. A menudo, el paciente está convencido del origen exclusivamente somático de los mismos y los vive como una amenaza a su salud física (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).
- Síntomas cardiocirculatorios: Estos se presentan con patologías tales como: palpitaciones, taquicardia, opresión torácica, dolor precordial, sensación de paro cardíaco (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

- Síntomas gastrointestinales: Manifestaciones sintomáticas como sensación de nudo en el estómago, espasmos faríngeos, náuseas, vómitos, meteorismo, diarrea o estreñimiento, alteraciones del apetito.
- Síntomas respiratorios: dificultad al respirar con sensación de falta de aire, sensación de ahogo o paro respiratorio, suspiros, accesos de tos nerviosa. Es frecuente la hiperventilación que puede provocar síntomas secundarios a la alcalosis respiratoria derivada (parestesias en los dedos de las manos, los pies y en la cara, vértigos y síncope).
- Síntomas genitourinarios: micción imperiosa, nicturia, polaquiuria, disuria; trastornos de la función sexual: impotencia, eyaculación precoz y frigidez.
- Síntomas neurológicos: mareos, vértigos, cefalea, inestabilidad, temblor, entumecimiento, parestesias. Pueden aparecer alteraciones tanto visuales (sensación de borrosidad del contorno de objetos o deslumbramientos) como auditivas (hipersensibilidad e intolerancia a los ruidos, zumbidos de oídos).
- Síntomas musculares: debilidad física, sensación de debilidad de piernas, lumbalgias.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de la boca, midriasis, rubor o palidez, sofocamiento, sudoración, frialdad cutánea (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

1.1 Tipos de trastornos de ansiedad

- a) Crisis de angustia: Existen 3 tipos característicos de crisis de angustia: inesperadas (no relacionadas con estímulos situacionales), situacionales (desencadenadas por estímulos ambientales) y predisuestas por una situación determinada (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- Sudoración
- Temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo o falta de aliento
- Sensación de atragantarse
- Opresión o malestar torácico
- Náuseas o molestias abdominales
- Inestabilidad, mareo o desmayo
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- Miedo a perder el control o volverse loco
- Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- Escalofríos o sofocaciones.

(Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

b) Agorafobia

Es la ansiedad de estar en lugares o situaciones donde podría ser difícil o vergonzoso escapar si una persona sufre un ataque de pánico. Usualmente esas personas evitan ciertos lugares y situaciones. La característica esencial del trastorno de angustia es la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas, seguidas de la aparición, durante un período como mínimo de 1 mes, de preocupaciones persistentes.

c) Fobia específica

El individuo experimenta un temor marcado, persistente y excesivo o irracional cuando se encuentra en presencia de objetos o situaciones específicas o bien cuando anticipa su aparición. Las fobias específicas también pueden hacer referencia a la posibilidad de perder el control, angustiarse, sufrir manifestaciones somáticas de ansiedad, miedo y desmayarse al exponerse al objeto temido. Las fobias específicas varían según el sexo: por lo general, su incidencia es mayor en las mujeres que en los hombres (Parajua y Magariños, 2000).

Subtipos: Animal, ambiental, sangre-inyecciones-daño, situacional (situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches o recintos cerrados), el miedo al vómito, el miedo a los espejos, el temor de los niños pequeños a los ruidos fuertes, a las personas disfrazadas, a las marionetas o a los muñecos, al atragantamiento, a la adquisición de una enfermedad (Parajua y Magariños, 2000).

d) Fobia social

Es cuando el individuo se encuentra en las situaciones sociales o en las actuaciones en público temidas, experimenta una preocupación constante por la posibilidad de que resulten embarazosas y teme que los demás le vean como a un individuo ansioso, débil, loco o estúpido. Los individuos con fobia social experimentan casi siempre síntomas de ansiedad (palpitaciones, temblores, sudoración, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, enrojecimiento, confusión (Parajua y Magariños, 2000).

e) Trastorno obsesivo-compulsivo

Las obsesiones se definen como ideas recurrentes que versan sobre temas como la contaminación, dudas repetitivas, necesidad de disponerlas cosas según un orden determinado, impulsos de carácter agresivo u horroroso y fantasías sexuales.

Las compulsiones se definen como comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p.ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación (Parajua y Magariños, 2000).

Las obsesiones o compulsiones producen un malestar clínicamente significativo, suponen una pérdida de tiempo notable (ocupan más de una hora al día) o interfieren acusadamente en la rutina diaria del individuo, su rendimiento laboral o sus actividades sociales (Parajua y Magariños, 2000).

Las preocupaciones hipocondríacas son frecuentes, traducándose en visitas repetidas al médico para que éste descarte cualquier enfermedad. También puede haber sensación de culpa, sentimientos patológicos de responsabilidad, trastornos del sueño (Parajua y Magariños, 2000).

f) Trastorno de estrés post-traumático

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

g) Trastorno de ansiedad generalizada

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar fuera a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

Pautas para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada: El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas (Parajua y Magariños, 2000).

Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- Aprehensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.) (Parajua y Magariños, 2000).

2. TRASTORNOS DEPRESIVOS

La depresión afecta en el mundo a millones de personas, sin importar su nivel socioeconómico, su país de origen, creencias o cultura. Es un trastorno que afecta al organismo, el ánimo y hasta la manera de pensar. Se utiliza el término "depresión" comúnmente como sinónimo de indiferencia o tristeza. Preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- Aprehensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

2.1 Tipos de trastornos depresivos

a) Trastorno depresivo mayor

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte, planes o intentos suicidas (Parajua y Magariños, 2000).

El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Hasta un 20-25% de los sujetos con determinadas enfermedades sistémicas (diabetes, infarto de miocardio, carcinoma, accidentes vasculares cerebrales) presentarán un estado depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad médica. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de la población en general ha variado entre 10 y 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los hombres. El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. El trastorno es 1.5 a 3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de las personas con este trastorno que en la población en general (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

Criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor:

Presencia de un episodio depresivo mayor único.

- El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizo-afectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- Nunca se ha producido un estado maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

b) Trastorno distímico

Es un nivel menos grave de depresión que incluye síntomas crónicos a largo plazo, por lo general un mínimo de 2 años. Es muy fácil confundir un estado de distimia con estrés o cansancio. Los efectos de este tipo de depresión no incapacitan tanto, pero impiden un normal desarrollo de los hábitos más comunes. Afecta entre el 3 y el 6% de la población general (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

Los síntomas han sido descritos como un "velo de tristeza" que afecta a la mayoría de las actividades. Los pacientes no muestran cambios aparentes en la conducta o comportamiento diario, aunque tienen menos energía, una negatividad general, y un sentido de insatisfacción y desesperanza. Deben aparecer dos o más de estos síntomas:

- Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación).
- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más).
- Baja autoestima.
- Pérdida de la capacidad de concentración.
- Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

c) Trastorno ciclotímico

La ciclotimia es un trastorno del humor similar al trastorno bipolar, aunque más leve y que se caracteriza por oscilaciones del estado de ánimo que van de la hipomanía a la depresión.

Los síntomas de la ciclotimia son a menudo opuestos según se encuentre en la fase hipomaniaca o depresiva. Entre los más habituales están:

- Disminución o aumento de la energía y la vitalidad.
- Euforia.
- Irritabilidad.
- Baja autoestima.
- Falta de concentración.

- Aislamiento social o aumento de la sociabilidad.
- Mayor deseo sexual o desinterés en toda actividad placentera.
- Actitudes poco realistas respecto de sus capacidades.
- Juicio pobre.
- Insomnio.
- Derroche con el dinero.
- Abuso de las drogas; sobretodo cocaína y alcohol.
- Autonegación de los problemas.
- Pesimismo u optimismo ligado a una autovaloración excesiva.
- Comportamiento provocativo.
- Aumento de la locuacidad e ingenio (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

d) Trastorno bipolar

También conocido como enfermedad maníaco-depresiva, es bastante infrecuente pero no por eso menos grave. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios anímicos suelen ser paulatinos pero hay que prestar especial atención a cada uno de ellos. El trastorno bipolar se encuentra a un paso de un estado psicótico (pérdida temporal de la razón) (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

El trastorno bipolar afecta por igual a hombres y mujeres, y generalmente comienza entre los 15 y 25 años. La causa exacta se desconoce, pero se presenta con mayor frecuencia en parientes de personas que padecen dicho trastorno.

En la mayoría de las personas con trastorno bipolar, no hay una causa clara para los períodos (episodios) de extrema felicidad (manías) o de depresión. Los siguientes factores pueden desencadenar un episodio maníaco:

- Parto.
- Medicamentos como antidepresivos o esteroides.
- Períodos de no poder dormir (insomnio).
- Consumo de drogas psicoactivas (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

La fase maníaca puede durar de días a meses y puede abarcar los siguientes síntomas:

- Distraerse fácilmente.
- Poca necesidad de sueño.
- Deficiente capacidad de discernimiento.
- Control deficiente del temperamento.
- Comportamientos imprudentes y falta de autocontrol, como beber, consumir drogas, tener relaciones sexuales con muchas parejas, hacer gastos exagerados.
- Estado de ánimo muy elevado, comunicativo o irritable como pensamientos apresurados, hablar mucho, creencias falsas acerca de sí mismo o de las habilidades.
- Compromiso exagerado en actividades.
- El episodio depresivo puede incluir estos síntomas: tristeza o estado de ánimo bajo diariamente.
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones.
- Problemas en la alimentación como inapetencia y pérdida de peso o consumo exagerado de alimentos y aumento de peso.
- Fatiga o desgano.
- Sentimiento de minusvalía, desesperanza o culpa.
- Pérdida de placer en actividades que alguna vez disfrutaba.
- Pérdida de la autoestima.
- Pensamientos de muerte o suicidio.
- Dificultad para conciliar el sueño o dormir demasiado.
- Alejarse de los amigos o las actividades que alguna vez disfrutaba (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

e) Trastorno adaptativo mixto (ansiedad y ánimo depresivo)

Los trastornos adaptativos se caracterizan por la aparición de síntomas depresivos y/o ansiosos en respuesta a acontecimientos estresantes de la vida (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

Estos síntomas depresivos y de ansiedad aparecen durante los 3 primeros meses siguientes al inicio del factor estresante. Es por ello que los trastornos adaptativos también se llaman “reactivos”. Se presentan a cualquier edad, y son muy frecuentes en la población general (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

Consiste en la presencia de síntomas frente a situaciones de estrés que van más allá de lo que el individuo puede manejar con sus recursos habituales y que afectan el funcionamiento global de la persona, provocando un deterioro significativo de la actividad social, profesional o académica de la persona. Los trastornos adaptativos se manifiestan con gran variedad de síntomas:

- Estado del ánimo: desesperanza, tristeza, fragilidad emocional, preocupación excesiva, ansiedad.
- Conducta: reacción contra las reglas impuestas, agresividad.
- Aislamiento social: inhibición, timidez excesiva.
- Síntomas físicos: insomnio, vértigo, náuseas, agitación, palpitaciones, dolores de cabeza.

f) Trastorno depresivo no especificado

Esta situación puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico premenstrual o en cuadros de trastorno depresivo post-psicótico (residual) en la esquizofrenia (Jeste, Liberman, Fassler y Peele, 2013).

CAPÍTULO II

CUIDADORES PRIMARIOS O CUIDADOR PRINCIPAL

Personas que, pudiendo ser familiar o no de un niño, una persona, paciente incapacitado o enfermo, mantiene contacto humano más estrecho con ellos. Su principal función es satisfacer diariamente las necesidades físicas y emocionales de la persona o paciente. También le mantiene vinculado con la sociedad y lo provee de afecto ya que son solidarios con el que sufre. Su trabajo adquiere una gran relevancia además de brindarle atención directa al paciente, adquiere un papel importante en la reorganización, mantenimiento y cohesión del entorno (Delicado Useros, 2001).

El interés de un enfoque del género femenino es claro: su elevada feminización, un 85% de los cuidadores, son cuidadoras familiares y amas de casa. Esta tarea, que supone el desempeño de un rol tradicional, merma de participación social y autonomía de las cuidadoras, relaciones interpersonales que se complican; además, se plantea el deber moral hacia los demás frente a la necesidad de gobernar la propia vida y el escaso valor social del cuidado (más trabajo y no remunerado) (Delicado Useros, 2001).

Los patrones culturales tradicionales no ayudan, asignan a las mujeres el papel de proveedora principal de atención y cuidado a las personas dependientes (niños, ancianos y familiares impedidos) (Delicado Useros, 2001).

Además, las propias cuidadoras familiares consideran su tarea como un deber moral (90%) y en muchos casos lo realizan por iniciativa propia (59%). Muchas personas que cuidan se sienten satisfechas con su labor y piensan que eso las dignifica (Delicado Useros, 2001).

CAPÍTULO III

EL APEGO

ESTILOS DE APEGO Y EMOCIONES CARACTERÍSTICAS

Existe cierto acuerdo actualmente, en relación con la presencia de emociones específicas, en mayor o menor grado e intensidad, en cada estilo de apego. Es posible dilucidar qué relaciones se han ido estableciendo y, aunque existe un amplio espectro de investigaciones en el área, se aprecian ciertas coincidencias que son las que se tratará de relevar (Barroso, 2014).

Los tres elementos fundamentales del proceso de apego:

- Sintonía: La armonía entre el estado interno de los padres y el estado interno de los hijos suele ser alcanzada cuando unos y otros comparten de manera continúen te las señales no verbales.
- Equilibrio: La sintonía con el estado de los padres permite a los hijos equilibrar sus propios estados corporales, emocionales y mentales.
- Coherencia: Es el sentido de integración que alcanzan los niños cuando, en relación con los adultos, experimentan conexión interpersonal e integración interna (Barroso, 2014).

Erik Erikson planteó hace más de 50 años que la identidad de los seres humanos se desarrolla en base a su interacción con su ambiente. El ciclo de la vida, atraviesa por varias etapas; en cada etapa el hombre se enfrenta a lo que Erikson llama crisis o conflictos, que pondrán a prueba su grado de madurez para enfrentar y superar los problemas propios de cada una de las etapas de su vida. En cada etapa del desarrollo, la experiencia de los niños ante los conflictos superados satisfactoriamente, influye en las etapas ulteriores, por lo que las fuerzas o habilidades básicas adquiridas son puestas a prueba ante crisis semejantes al que el sujeto se expone en otros estadios (Robles, 2008).

Etapas de la vida consideradas por E. Erikson:

Etapa 1. Infancia: Confianza frente a desconfianza (los primeros 18 meses).

Etapa 2. Niñez temprana: Autonomía frente a vergüenza y duda (de los 18 m a los 3 años aprox.).

Etapa 3. Edad de juego: Iniciativa frente a culpa (de 3 a 5 años aprox.).

Etapa 4. Adolescencia: Laboriosidad frente a inferioridad (de los 5 a los 13 años aprox.).

Etapa 5. Juventud: Identidad frente a confusión de roles (de los 13 a los 21 años aprox.).

Etapa 6. Madurez: Intimidad frente a aislamiento (de los 21 hasta los 40 años aprox.).

Etapa 7. Adulthood: Generatividad frente a estancamiento (de los 40 a los 60 años aprox.).

Etapa 8. (Vejez): Integridad frente a desesperación (de los 60 años aprox. hasta la muerte) (Robles, 2008).

En cada etapa la experiencia de tener relaciones significativas con personas familiarmente cercanas le permite enfrentar con firmeza los conflictos; además, cada etapa tiene una virtud o fuerza básica que depende de los principios de la organización social y cultural en la que está inmersa la familia. De tal manera que entre la juventud y la vejez, en estas últimas cuatro etapas del desarrollo la identidad de una persona, la intimidad, la generatividad y la integridad, son las fortalezas con las que cuenta para superar las crisis (Robles, 2008).

Tipos de apego

APEGO SEGURO

Las figuras de apego experimentan una preocupación sincera por el cuidado del individuo, y son capaces de expresar de manera perceptible esta preocupación.

Las figuras de apego no sólo sienten esta preocupación sincera sino que además son capaces de reconocer las necesidades de su bebé con bastante precisión y las satisfacen sin ser invasivos y sin ser demasiado despreocupados (Barroso, 2014).

APEGO ANSIOSO

El apego ansioso se da cuando el cuidador está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. No tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores, debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales. Es evidente un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás. Puede ser de dos tipos:

APEGO AMBIVALENTE

Responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores (Barroso, 2014).

APEGO EVITATIVO

En este tipo de apego, el cuidador deja de atender constantemente las señales de necesidad de protección del niño, lo que no le permite el desarrollo del sentimiento de confianza que necesita. Se sienten inseguros hacia los demás y esperan ser desplazados sobre la base de las experiencias pasadas de abandono (Barroso, 2014).

APEGO DESORGANIZADO

Este es el trastorno más grave del apego. Todo lo que viven es tan traumático y tan doloroso que no pueden organizarse para responder de una manera regular (Barroso, 2014).

Este estilo se genera en ambientes familiares con padres o cuidadores que han ejercido estilos de relaciones parentales altamente patológicas como consecuencia de haber sufrido experiencias severamente traumáticas, o pérdidas múltiples no elaboradas.

Quié n padece este apego tienen experiencias desconcertantes, temibles e impredecibles, tienen vivencias de terror, de impotencia y falta absoluta de control sobre lo que pasa. Los padres son severamente insensibles y terriblemente violentos. El resultado final es una vivencia de angustia, miedo y desesperanza. Tarde o temprano el individuo responderá con rechazo, hostilidad o intrusión, y no habrá nada que pueda hacer para disminuir su ansiedad, ganar cercanía afectiva para comprender lo que le pasa o para sentirse seguro y protegido. Los individuos se representan como indignos y malos y perciben a los otros como inaccesibles y abusadores. Con base a esta idea, existen dos grandes estilos de apego desorganizado, el Controlador que es agresivo y el desapegado. Los niños a los cuales se les cría con desapego buscarán a lo largo de su vida otras formas de cubrir las necesidades dando lugar lamentablemente a trastornos mentales y sociales (Barroso, 2014).

CAPÍTULO IV

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD DE MINNESOTA

El Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) fue creado con la finalidad de ser un instrumento práctico y efectivo que ayude objetivamente en la clasificación psiquiátrica y en la evaluación de la gravedad de los trastornos, así como en la evaluación del cambio del tratamiento (Fernández, Herrero y Marconi 2010).

Aunque el MMPI demostró pronto que no satisfacía del todo las expectativas como herramienta diagnóstica que le concibieron sus inventores, sí que ha demostrado su utilidad como forma de psicodiagnóstico y de estudio básico de la personalidad. Ello se debe a la gran cantidad de experiencia diagnóstica acumulada con este cuestionario a lo largo del tiempo y a la sencillez de su administración, corrección y valoración de la prueba. Utilizando preguntas frecuentes en entrevistas clínicas, neurológicas, psiquiátricas, medicina en general; escalas utilizadas en la época destinadas a la evaluación de la personalidad y escalas sobre orientación vocacional (Fernández, Herrero y Marconi 2010).

El sujeto explorado solo hace falta que responda, afirmando o negando una serie de frases enunciadas en primera persona que, en su gran mayoría, no hacen referencia explícita a ningún trastorno mental (Fernández, Herrero y Marconi 2010).

Muchos especialistas sugieren que la mejor manera de conocer y experimentar el MMPI es la auto-administración. Así que agarrar el cuestionario, leer las instrucciones y responder rápidamente, con aquello que primero nos venga a la cabeza todos los enunciados. Solo después de contestarlo continuaremos leyendo esta práctica (Núñez y Viveros, 2004).

PROPÓSITO DEL MMPI

El Inventario Multifásico de Personalidad (MMPI-2) es un test de amplio espectro diseñado para evaluar un gran número de patrones de personalidad y trastornos emocionales. Puede aplicarse fácilmente individual o grupalmente (Núñez y Viveros, 2004).

Se requiere comprensión de lectura, así como un nivel satisfactorio de cooperación y de compromiso para responder al cuestionario completo. El test proporciona controles internos en el caso de que estos requisitos generales no se satisfagan. El MMPI-2 proporciona puntuaciones objetivas y perfiles determinados a partir de baremos nacionales bien documentados. Puede ser aplicado en numerosos campos de evaluación (Núñez y Viveros, 2004).

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La predictibilidad clínica garantizada por el MMPI, el diagnóstico orgánico previamente realizado que se relaciona con los perfiles obtenidos con el MMPI, la similitud de resultados con otras pruebas psicológicas vigentes y de gran importancia para la ciencia psicológica como ser las láminas de tinta de Rorschach, Machover, 16 PF y otras, colocan a este inventario de personalidad como uno de los más validados y confiables (Núñez y Viveros, 2004).

CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LOS OBJETOS A EVALUAR

La prueba se aplica sujetos de 18 años y / o mayores, que sepan leer fluidamente para poder entender el significado de cada reactivo y pueda relacionarlo consigo mismo. El examinador debe cerciorarse que el examinado comprendió las instrucciones sobre el registro y uso de la hoja de respuestas (Núñez y Viveros, 2004).

Es importante que el examinado se encuentre relativamente calmado y concentrado mientras realiza la prueba. Se deben evitar estímulos que causen ansiedad, al decir estímulos, me refiero a estímulos humanos, ya sea la madre o el padre del sujeto, los cuales pueden aparecer como agentes estresores (Núñez y Viveros, 2004).

Otro aspecto a considerar es que el individuo que vaya a aplicar la prueba no se encuentre contaminado por los reactivos. Se debe tomar en cuenta que muchos individuos tienen ciertas características físicas, emocionales o conductuales que pueden invalidar la prueba o demorarla, entre ellas se puede citar:

Distracción originada por algún acontecimiento traumático anterior a la prueba, intoxicación por drogas o alcohol, resistencia a la prueba, distracción extrema originada por una reacción maníaca, tics de origen nervioso, problemas visuales o auditivos, dislexia o afasia, retardo mental, desorientación en el tiempo y el espacio, etc (Núñez y Viveros, 2004).

INVALIDEZ DE LA PRUEBA

Cualquier falta a las condiciones anteriormente descritas podría invalidar la prueba. Se debe considerar que el tiempo de aplicación varía de 45 a 60 minutos, relacionando el incremento del mismo con la cultura del sujeto y la resistencia del mismo sentirse examinado, puesto que se observan perfiles respondidos en más de dos horas, si este límite excede considerablemente, se procede a la invalidación del perfil, puesto que esto puede sugerir que el sujeto ha pensado excesivamente antes de responder, según sus conveniencias personales (Núñez y Viveros, 2004).

Es importante considerar que existe la probabilidad de que muchos sujetos excedan el tiempo límite puesto que no conocen muchas palabras que conforman los reactivos del inventario, o que no pregunten constantemente acerca del sentido de cada oración. Existen factores culturales que pueden extender el tiempo de aplicación de la prueba, los cuales deben ser considerados por el examinador. Por último, es importante recalcar, que el nivel elevado de respuestas en blanco, también invalida la prueba (Núñez y Viveros, 2004).

DEFINICIÓN DE LAS ESCALAS CLÍNICAS BÁSICAS

ESCALA 1. HIPOCONDRIASIS (HS)

La escala Hs se desarrolló para evaluar la tendencia de muchos pacientes en ambientes de salud mental a presentar problemas somáticos sin base orgánica. Estos pacientes tienden a desplegar una serie de sintomatología física con base psicológica; comúnmente estas afecciones se conocen como “hipocondríacas” (Gutiérrez, 2006).

Los individuos con altas puntuaciones en Hs tienden a indicar que presentan preocupaciones corporales excesivas, con síntomas somáticos vagos e indefinidos (Gutiérrez, 2006).

ESCALA 2. DEPRESIÓN (D)

La mayoría de los pacientes incluidos en el grupo criterio para esta escala fueron diagnosticados con “trastorno depresivo o de trastorno maníaco-depresivo”. Los individuos con puntuaciones elevadas en esta escala presentan sentimientos de depresión o infelicidad, disforia y sentimientos de pesimismo acerca del futuro (Gutiérrez, 2006).

ESCALA 3. HISTERIA CONVERSIVA (HS)

Los evaluados con altas puntuaciones en esta escala suelen presentar síntomas físicos vagos, como cefaleas, dolores en el pecho, debilidad muscular, palpitaciones irregulares u otros estados físicos indefinidos (Gutiérrez, 2006).

ESCALA 4. DESVIACIÓN PSICOPÁTICA (PD)

Los individuos con puntuaciones altas en esta escala, expresan características de conducta antisocial, oposición a figuras de autoridad y conducta de acting out, sin considerar las consecuencias de sus actos. También se ha observado la presencia de relaciones familiares conflictivas (Gutiérrez, 2006).

ESCALA 5. MASCULINIDAD-FEMINEIDAD (MF)

La escala bipolar 5 no es, en realidad, una medida de psicopatología, sino que evalúa la asunción de los roles masculino y femenino tradicionales (Gutiérrez, 2006).

ESCALA 6. PARANOIA (PA)

Esta escala se desarrolló para evaluar los síntomas y características de personalidad de los individuos que experimentan trastornos paranoides. A la vez que evalúa desconfianza, junto con hipersensibilidad interpersonal (Gutiérrez, 2006).

ESCALA 7. PSICASTENIA. (PS)

Trastorno afín al desorden obsesivo-compulsivo. Es una medida de la ansiedad y de la desadaptación general. Los pacientes con puntuaciones altas en esta medida informan ansiedad, tensión e incomodidad. Tienden a preocuparse en gran medida y a ser aprensivos con respecto a situaciones menores. A menudo expresan sentimientos de agitación e intranquilidad y tienen dificultad para concentrarse. Otras personas tienden a considerarlos como individuos nerviosos que son introspectivos, ensimismados, obsesivos y compulsivos en ocasiones (Gutiérrez, 2006).

ESCALA 8. ESQUIZOFRENIA (ES)

No todas las personas que obtienen alguna elevación en esta escala son esquizofrénicas; puede ocurrir cierta elevación en personas antisociales o que tienen un estilo de vida de rechazo a las normas culturales. Pueden presentarse rangos de elevación moderada entre algunos individuos que no experimentan un trastorno de pensamiento, pero cuyo enfoque hacia la vida es abstraído y desorganizado. Suelen presentar una conducta poco convencional y poco común lo que suele traer aparejado su desadaptación social con fuertes sentimientos de inferioridad. También insatisfacción con la vida, confusión del rol sexual y preocupaciones sexuales. Son excéntricos, obstinados, temperamentales, inmaduros e impulsivos (Gutiérrez, 2006).

ESCALA 9. MANIA (MA)

Esta escala se desarrolló para evaluar el estado de ánimo elevado en forma patológica. Tienden a ser extrovertidos, sociables y gregarios; les agrada estar con otras personas. Muestran confianza en sí mismos, en general son muy cálidos y amistosos hacia los demás y tienden a crear una buena impresión inicial en las personas. También pueden ser engañosos y poco confiables y tienden a distorsionar considerablemente la verdad cuando hablan. Muchos de estos individuos tienen episodios periódicos de depresión (Gutiérrez, 2006).

ESCALA 0. INTROVERSIÓN SOCIAL (IS)

La escala se desarrolló para evaluar las características de personalidad de introversión-extraversión. Esta es una medida bipolar de la personalidad y puede interpretarse a lo largo de todo el rango de puntuaciones. Es decir, la introversión se infiere del rango más elevado y la extraversión del más bajo (Gutiérrez, 2006).

PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN

Aunque el MMPI es relativamente fácil y sencillo de aplicar y corregir, su interpretación requiere un alto nivel de preparación psicométrica, clínica, psicopatología y profesional, así como, un fuerte compromiso con los principios éticos del uso del test (Núñez y Viveros, 2004).

- Material del MMPI-2 son:
- Aplicación de la técnica a partir de los 18 años.
- Tiempo promedio: 90 a 120 min.
- Los ítems tienen sólo dos formas de respuestas: Verdadero o Falso (V o F)
- Cuadernillo de frases: Presenta 567 ítems, las escalas básicas se evalúan con los primeros 370 reactivos, pero es conveniente que el sujeto complete todos los ítems del test para que se puedan evaluar las demás escalas.
- Hojas de respuesta: que permiten la corrección manual y la mecanizada, es donde le examinado debe contestar su respuesta pintando uno de los casilleros V F.

- Hojas de perfil (Masculino- Femenino): Están destinadas a recoger de forma gráfica los resultados de los sujetos.
- En el impreso del perfil se incorpora gráficamente los baremos de las 10 escalas clínicas, las 3 escalas de validez.
- Le continúan otros baremos con escalas factoriales y suplementarias de validez de la técnica como también escalas de contenidos. Existen baremos separados para varones y mujeres (Núñez y Viveros, 2004).
- Las plantillas de corrección manual o claves de corrección se usan para obtener las puntuaciones de los indicadores adicionales de validez y de las 10 escalas clínicas, así como de 15 escalas de contenido. Cada plantilla se coloca sobre la Hoja de respuestas, se cuenta el número de respuestas que aparecen debajo de los pequeños recuadros de la plantilla y se anota el resultado como puntuación directa (PD) en el lugar adecuado como hoja de perfil.
- Manual de instrucciones (Núñez y Viveros, 2004).

Puede ser administrado individual o colectivamente. La consigna que antecede a los ítems en el cuadernillo de toma debe ser correctamente comprendida por el sujeto.

- Nivel de comprensión y cooperación del sujeto
- La consigna que se encuentra en el cuadernillo es la siguiente (Núñez y Viveros, 2004).

Este inventario consta de oraciones o proposiciones enumeradas. Lea cada una y decida si, en su caso, es cierta o falsa.

Usted debe marcar las respuestas en la hoja de contestaciones. Fíjese en el ejemplo que aparece al lado derecho. Si la oración es CIERTA o, más o menos CIERTA en su caso, rellene con lápiz el círculo en el renglón C (Cierto), vea el ejemplo 1. Si la oración es FALSA o, más o menos FALSA en su caso rellene el círculo en el renglón F (Falso), vea el ejemplo 2. Si la oración o proposición no se aplica a usted o si se trata de algo que desconoce, no haga marca alguna en la hoja de contestaciones.

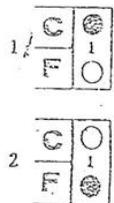
Trate de ser SINCERO CONSIGO MISMO y use su propio criterio. No deje de contestar ninguna pregunta si puede evitarlo.

Al marcar su respuesta en la hoja de contestaciones, asegúrese de que el número de la oración corresponde al número de la respuesta en la hoja de contestaciones. Rellene bien sus marcas. Si desea cambiar alguna respuesta, borre por completo lo que quiera cambiar.

Recuerde, trate de dar alguna respuesta para cada una de las oraciones.

No marque este folleto.

AHORA ABRA SU FOLLETO Y EMPIECE



DESCRIPCIÓN DEL TEST

En las escalas del MMPI-2 podemos distinguir las que miden como se ha contestado a la prueba; y escalas clínicas, que valoran diferentes rasgos de personalidad en un continuo que oscila desde el rango normal a puntuaciones que podemos considerar patológicas:

INTERPRETACIÓN DE LAS ESCALAS DE VALIDEZ

- **? No Sabe:**
 - Provee información sobre la cooperación.
 - Medida de defensividad.
- **L Sinceridad**
 - Grado de franqueza del sujeto.
 - Tendencia del sujeto a cubrir sus faltas en pos de brindar una imagen socialmente ajustada (Gutiérrez 2006).
- **F Validez**
 - Tendencia al fingimiento o la exageración sintomática.
 - Indicador de respuestas al azar (Gutiérrez 2006).
- **K Factor corrector**
 - Indicador de la defensividad para brindar información personal y corrige la tendencia de negar dificultades (Gutiérrez 2006).

INTERPRETACIÓN DE LAS ESCALAS CLÍNICAS

1. **ESCALA HS (HIPOCONDRIA):** Quejas somáticas con posibles bases orgánicas o sin ellas y se rechaza las garantías repetidas de que no tenían nada físicamente.
2. **ESCALA D (DEPRESIÓN):** Sentimientos de desánimo, pesimismo y desesperación que caracterizan el estado clínico de individuo depresivo y características básicas de la personalidad, tales como hiperresponsabilidad, valores personales rígidos y autocastigo.

3. ESCALA HY (HISTERIA): Quejas físicas específicas o trastornos molestos y también ítems que implican una negación de problemas en la propia vida o la ausencia de ansiedad social que suele observarse con estas defensas.
4. ESCALA PD (DESVIACIÓN PSICOPÁTICA): Ausencia de consideración acerca de la mayoría de las normas sociales y morales de conducta (Gutiérrez, 2006).
5. ESCALA MF (MASCULINIDAD-FEMINIDAD): Rango de reacciones emocionales, intereses, actitudes y sentimientos sobre el trabajo, interrelaciones sociales y aficiones en los que, en general, varones y mujeres difieren. Tendencia a padecer confusiones dolorosas acerca de su rol sobre el género (Gutiérrez, 2006).
6. ESCALA PA (PARANOIA): Marcada sensibilidad interpersonal y una tendencia a malinterpretar los motivos o intenciones de otros, así como, aspectos referentes a características de egocentrismo e inseguridad.
7. ESCALA PT (PSICOASTENIA): describe la psicastenia como un trastorno afín al desorden obsesivo-compulsivo. Ansiedad y estrés generalizado y estrictas normas de moral, auto-culpa por las cosas que van mal y rígidos esfuerzos por controlar los impulsos (Gutiérrez, 2006).
8. ESCALA SC (ESQUIZOFRENIA): Pensamientos extraños, experiencias inusuales y características sensibles especiales de estos individuos.
9. ESCALA MA (MANÍA): Amoralidad, aceleración psicomotriz, impertinencia y auto-envanecimiento.
10. ESCALA SI (INTROVERSIÓN SOCIAL): Reserva social, preferencia por pasatiempos solitarios y ausencia de asertividad social (Gutiérrez, 2006).

CLAVES DE CORRECCIÓN

Obtención de Puntajes Brutos para cada una de las escalas. Cada coincidencia es un (1) punto (Gutiérrez, 2006).

CAPITULO IV

GENOGRAMAS

Es un gráfico que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones sobre por lo menos tres generaciones. Los genogramas muestran la información familiar en una forma que permite contemplar de un vistazo rápido patrones familiares complejos y además, es una fuente rica de hipótesis acerca de cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar y la evolución del problema y del contexto con el tiempo (García, 2007).

Los genogramas muestran:

- La estructura de una familia.
- Las relaciones entre los miembros de una familia.

El genograma es un intento de sistematizar y tornar visible la urdimbre complicada que constituyen las relaciones familiares. Cuando hablamos de familia, no se incluye exclusivamente al grupo familiar conviviente, sino también a la familia extensa. Algunas de las razones que se esgrimen en defensa de la utilización del genograma en el proceso psico-diagnóstico son que:

- Condensa abundante información del grupo familiar.
- Es ágil porque si conoces la simbología es rápido acceder al tipo de relaciones familiares existentes.
- Promueve la formulación de hipótesis, dada la facilidad de comprensión y la abundante información que contiene un genograma (García, 2007).

Para poder realizar e interpretar adecuadamente un genograma se debe conocer la simbología que se utiliza. Generalmente estos son los símbolos que se usan para construir genogramas, aunque se pueden observar pequeñas diferencias con la simbología del caso expuesto estas no son de consideración (García, 2007).

1. Las personas incluidas en el gráfico se diferencian de acuerdo al género. Las figuras masculinas se dibujan a través de cuadrados y las femeninas con círculos.



2. A la persona índice o paciente identificado, se le adjunta un doble borde.



3. En todos los miembros simbolizados se debe incluir la edad de los mismos, en el interior de la figura geométrica que los representa.



4. Debajo de cada figura graficada, se deberá incluir el nombre del miembro en cuestión.



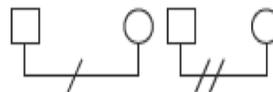
5. En el caso que alguno de los miembros se encuentre fallecido, se incluirás una cruz o cualquier símbolo que represente la muerte de acuerdo a la religión profesada por la familia en cuestión. También se debe incluir a qué edad falleció.



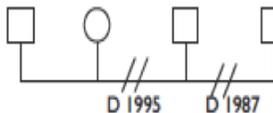
6. En cuanto a las relaciones establecidas entre los miembros de la familia. Los lazos maritales se unirán a través de una línea horizontal, a partir de una línea vertical que surge de cada figura (García, 2007).



7. Sobre esta misma línea horizontal que indica el lazo conyugal que señala la presencia de separación a través de una barra inclinada. En el caso que la pareja se haya divorciado legalmente se incluirán dos barras inclinadas.



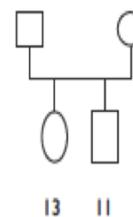
8. Cuando alguno de los miembros haya contraído más de una pareja a lo largo de su vida, estas deberán ser graficadas. Las mismas se representan en orden cronológico de la pareja más reciente a la más antigua, de izquierda a derecha. Se puede incluir el año en el cual se produjo la separación



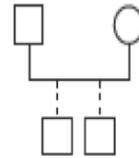
9. Cuando una pareja conviva pero no se encuentre casada, se graficará la unión a través de una línea de puntos.



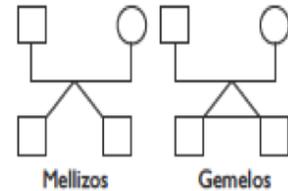
10. Los hijos se grafican desprendiendo una línea vertical de la línea que simboliza la unión de la pareja. El registro debe de ser del hijo mayor al menor, de izquierda a derecha (García, 2007).



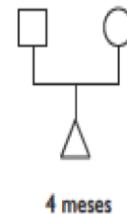
11. Los hijos adoptivos se simbolizan a través de una línea de puntos continua que parte del lazo conyugal.



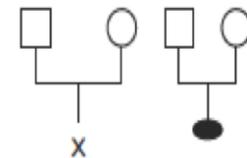
12. Los hijos mellizos se grafican a través de dos líneas oblicuas que salen del mismo punto de origen. Los hermanos gemelos se representan de la misma forma pero incluyendo una línea horizontal que los une, formando de esta manera un triángulo.



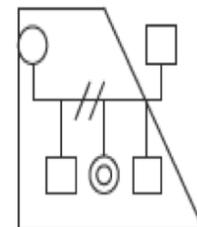
13. Los embarazos se representan a través de un triángulo que se desprende de la línea marital. Se incluye el tiempo de gestación debajo de la figura.



14. Ante la presencia de abortos, si él mismo ha sido inducido se lo grafica con una letra X. si el aborto fue espontáneo se le identifica con un círculo negro.



15. El grupo conviviente de la persona índice o paciente identificado, se registra a través de una línea que rodee a todas las personas implicadas (García, 2007).



VI. DISEÑO METODOLOGICO

a. TIPO DE ESTUDIO

Cualitativo y cuantitativo de tipo exploratorio.

b. ÁREA DE ESTUDIO

Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI).

c. UNIVERSO

El universo está conformado por todas las mujeres de primero, segundo y tercer año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI), considerando un margen de error del 5% del total de las estudiantes.

Cuadro 1 DISTRIBUCIÓN DE ESTUDIANTES.

Año	No. de Estudiantes	Total
Primero	210	200
Segundo	47	45
Tercero	42	40
Total	299	285

Fuente: Elaboración Propia

d. SUJETO U OBJETO DE ESTUDIO

285 mujeres de primero, segundo y tercer año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI), que crecieron con un cuidador principal en su niñez.

e. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres estudiantes de la Carrera de Médico y Cirujano de –CUNORI-.
- Que estén cursando el primero, segundo y tercer año de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente.
- Mujeres que crecieron con cuidador principal.

f. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres criadas por un cuidador principal que ya hayan sido diagnosticadas con algún trastorno mental y estén bajo tratamiento médico y/o psicológico.

g. VARIABLES ESTUDIADAS

1. Variable independiente:

- a. Mujeres criadas por cuidadores principales en su niñez.

2. Variables dependientes:

- a. Síntomas psicopatológicos en mujeres.

h. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Tipo de Variable	Escala de Medición
Variable independiente:	Mujeres Criadas por cuidadores principales en su niñez.			
Variables dependientes:	Síntomas psicopatológicos en mujeres.	Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI)	Cuantitativa	Razón
		Entrevista semiestructurada. Genogramas.	Cualitativa	Razón

Fuente: Elaboración propia

i. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), a las mujeres que crecieron con cuidadores principales en su infancia. Este está compuesto por 567 ítems, de opción dicotómica de respuesta “verdadero” o “falso”. El evaluado debe indicar una única opción de respuesta, de acuerdo al grado en que considere que cada afirmación se aplica o no a sí mismo.

Tiempo promedio: 90 a 120 min. El test está diseñado en 10 subescalas clínicas (Hipocondría (Hs), Depresión (D), Histeria (Hy), Desviación psicopática (Pd), Masculinidad – Feminidad (Mf), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc), Hipomanía (Ma), Introversión social (Si)).

Las escalas de validez le permiten al evaluador conocer el grado de “credibilidad del protocolo” y la presencia de sesgos en las respuestas; permite observar, si el evaluado ha contestado los mismos en forma honesta, prestando atención al contenido.

Los resultados obtenidos del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), fueron analizados y explorados por medio de una entrevista clínica semiestructurada y “Genogramas”, brindando una descripción gráfica de cómo los diferentes miembros de la familia están biológica y legalmente relacionados entre otros de una generación a la siguiente. Mostraron información mediante una vista rápida de patrones familiares complejos y son una fuente rica de hipótesis acerca de cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto histórico familiar.

j. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó autorización al director del CUNORI y al coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, para realizar la investigación con los estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano.

Posteriormente se procedió a visitar los salones de clase (en el centro universitario) y se tomaron en cuenta a todas las mujeres de primero, segundo y tercer año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente (CUNORI).

Luego se separaron a las mujeres que crecieron con un cuidador en su niñez y fueron tomadas como grupo de investigación, a dicho grupo se les aplicó el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI).

El MMPI, es un inventario de lápiz papel, lo que facilita su aplicación. Incluye 567 reactivos y no tiene reactivos repetidos. La prueba se puede aplicar de manera individual o colectiva. Su ejecución lleva entre 90 y 120 minutos. Fue preciso que se contestara en tiempo razonable y sin presiones.

Según resultados obtenidos del MMPI, aquellas mujeres con trastornos psicopatológicos, de manera cualitativa, se les realizó una entrevista semiestructurada. Los resultados obtenidos fueron analizados y posteriormente explorados por medio de genogramas. Dicho análisis y exploración de genogramas fue realizado en conjunto con un máster en psicología clínica.

k. PLAN DE ANÁLISIS

Primero: El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, evalúa sobre 10 escalas clínicas y 4 escalas de validez, por medio de 567 ítems.

ESCALAS CLÍNICAS

- 1. HIPOCONDRIA (HS):** T 21-49 presentan quejas o molestias somáticas y muestran poco interés acerca de su propia salud personal; son personas alertas, optimistas y efectivas en sus vidas. T 50-59 son realistas acerca de su salud y pocas manifestaciones de sintomatología somática (Núñez y Viveros, 2004).
T 60-74 expresan interés significativo acerca de su salud; otras presentan que las somáticas difusas y preocupación por su salud. T 75-84 se encuentran personas con interés prominente acerca de la integridad física y un gran número de preocupaciones somáticas. 85 son personas con preocupaciones somáticas numerosas de naturaleza crónica, presentan, fatiga funcional y debilidad (Núñez y Viveros, 2004).
- 2. DEPRESIÓN (D):** T 28-44 son personas optimistas, activas, sociables. No presentan inhibiciones que le ocasionen hostilidad a los demás. T 45 perspectivas de la vida dentro de un equilibrio de optimismo y pesimismo; se caracterizan también por tener muchas energías y entusiasmo. T 60-69 personas levemente depresivas y pesimistas. T 70-79 se preocupan por minuciosidades. T 80 pacientes con depresión severa, se caracterizan por tener una conducta indecisa y aislamiento, anorexia e insomnio (Núñez y Viveros, 2004).
- 3. HISTERIA (Hy):** T 24-44 presentan negación de las relaciones interpersonales adecuadas y una actitud cínica con la gente. Conformistas y carentes de tacto social. 45-59 no se encuentran significados consistentes a este nivel. T 60-69 tendencia a la somatización durante periodos de tensión. Egoístas, necesitan percibirse de manera favorable. T 70-75 inmadurez, egocentrismo, tendencia a la sugestión y exigencia. T 76-85 desarrollan síntomas conversivos después de periodos prolongados de tensión. Molestias somáticas, inseguridad y madurez. T 85 inmadurez, egocentrismo, exigentes, falta de comprensión.
- 4. DESVIACIÓN PSICOPÁTICA (Pd):** T 20-44 personas convencionales y conformistas, pasivas y reservadas, moralistas y muestran poco interés. T 45-59 grado de conformismo a las reglas sociales. T 60-69 individuos independientes e inconformes, no son impulsivas, son enérgicas y activas. T 70-79 individuos rebeldes, resentidos en inconformes.

Con tolerancia a la frustración limitada, insatisfechas, e inadaptadas a la sociedad. Impulsivas, superficiales. T79- cuadro clásico de personalidad psicópata. Carecen de juicio social, se benefician de la experiencia, la conducta antisocial y conflictos con figuras de autoridad. Se interesan en los demás para sus propios intereses (Núñez y Viveros, 2004).

5. MASCULINIDAD-FEMINIDAD (MF): MUJERES. T 20-40 son pasivas, sumisas, restringidas y parecen tener lástima de sí mismas. T 41-55 mujer de clase media con intereses vocacionales. T 56-65 poseen características de gran seguridad, capacidad en la competencia, gran actividad. T 66- confiadas en sí mismas, espontáneas y desinhibidas. Se encuentran en ocupaciones que normalmente son masculinas, dominantes agresivas y toscas (Núñez y Viveros, 2004).
6. PARANOIA (PA): T 27-44 personas difíciles, testarudas, obstinadas, persistentes, demasiado sensibles con antagonismos personales. Desconfianza exagerada. T 45-59 son considerados con los demás, flexibles e insensibles. T 55-59 alertas, sensibles y astutas. T 60-69 hipersensibilidad, rigidez y sentimientos de limitación y presión ante aspectos sociales. Desconfiados y resentidos. Hostiles. T 70-79 proyección de culpa y hostilidad. Son personas rígidas, hipersensibles, rasgos paranoides. T 80 ideas de persecución y relaciones interpersonales inadecuadas.
7. PSICOASTENIA (PT): T 45-49 son personas capaces para realizar trabajos, no presentan dudas en sus actitudes como tampoco preocupaciones indebidas. T 60-74 el perfeccionismo, el orden, responsabilidad, autocrítica, ansiedad, indecisión. Racionalización ineficiente e intelectualización sin propósito aparente. T 75-84 religiosidad extrema, moralistas, meticulosos e insatisfechos con sus vidas y con sus relaciones sociales. Ansiedad severa y tensión. T 85 meditación, temores, obsesiones, compulsiones y fobias, además de todo lo descrito en el cuadro anterior (Núñez y Viveros, 2004).
8. ESQUIZOFRENIA (Es): T 21-44 a este nivel se observa interés en la gente y asuntos prácticos, convencionales y poco imaginativos. T 45-59 son las personas que presentan intereses prácticos y teóricos. T 60-74 interese abstractos y abandonan el interés por las personas y asuntos prácticos. Pueden ser personas creativas e imaginativas. Solitarios y no se involucran con el entornos.

T 74 – mentalidad esquizoide: inusuales y excéntricos, pueden mantener adaptación social y vocacional. Introversos, fantasiosos. Arriba de T 80 trastornos del pensamiento, confusión, pensamientos extraños, creencias y actividades raras (Núñez y Viveros, 2004).

9. MANÍA (Ma): T 21-44 personas con poca energía vital y disminución de la actividad. T 45-49 personas normales, actividad y energía característica de personas sanas. T 60-69 sujetos enérgicos, agradables, entusiastas, sociables y tienen la particularidad de ser amables. T 70-85 desadaptación hiperactiva con agitación marcada, irritabilidad y agresividad irracional ante la más mínima frustración. Inquietos, impulsivos, superficiales. T 85 conducta maniaca. Personas hiperactivas, hablan y caminan de manera rápida y presentan pensamientos megalomaniacos.
10. INTROVERSIÓN SOCIAL (SI): T 25-44 personas afectuosas, sociables y amistosas. T 45-49 individuos normales, que establecen relaciones sociales de naturaleza satisfactoria. T 60-E personas reservadas, tímidas en situaciones que le parecen extrañas. Arriba de T 64 personas tímidas, aisladas y cohibidas. T 70 hacia arriba, son personas inadaptados, introvertidos, solitarios y ansiosos; falta de confianza en sí mismos (Núñez y Viveros, 2004).

ESCALAS DE VALIDEZ:

Existen además cuatro escalas de validez: No sabe (?), Mentira (L), Validez (F) y Factor corrector (K). Es imprescindible reconocer que estas escalas indican la actitud de la persona al responder el inventario, es decir, la actitud hacia su propia descripción.

1. No sabe (?): Esta es una escala que se obtiene de la suma de los reactivos que la persona dejó de responder. Es decir, si una persona deja de contestar más de 30 ítems de los primeros 370, la prueba no puede calificarse (Núñez y Viveros, 2004).
2. Escala L (Mentira): escala de 15 ítems, está relacionada con el nivel cultural y de formación del examinado. T 36-55 No existen datos consistentes que puedan considerarse significativos (Núñez y Viveros, 2004).

T 56-36 Mucha necesidad de impresionar de manera favorable y ofrecer respuestas socialmente aceptables en relación con el control de sí mismos y de principios morales establecidos. Convencionalismo, conformismo. No se dan cuenta de la manera en que su conducta impacta a otros. T 64-69 Utilizan mecanismos de represión y negación, muestran una falta de comprensión de sí mismos rigidez excesiva, se engañan a sí mismos de manera consciente. T 69-90 Utilizan de manera excesiva e ingenua los mecanismos de reposición y negación. Muestran una falta de flexibilidad en la adaptación y muy pobre tolerancia al estrés y las presiones ambientales. Su actitud hacia el mundo y hacia sí mismo es bastante histérica e infantil (Núñez y Viveros, 2004).

3. Escala F (Validez): compuesta de 64 ítems, no es una escala de personalidad, sino más bien asegura el valor que se le debe dar al conjunto de respuestas dadas. Puntuaciones altas (T por arriba de 80), respuestas ejecutadas al azar o por incapacidad del sujeto para comprender lo que está leyendo, aparentar mayor enfermedad de la que en realidad le afecta. Puede tratarse de un paciente psiquiátrico seriamente perturbado. Inconformismo o resignación ante creencias y / o costumbres políticas, sociales o religiosas. En un rango de T 70-80 sugiere, mal funcionamiento del yo, falta de interés y cooperación, mala interpretación del material leído. Puntuaciones de T 55-69, implica independencia de pensamiento y negativismo. Neuróticos agudos y trastornos del carácter. Son personas temperamentales, insatisfechas, inquietas y malhumorados (Núñez y Viveros, 2004). Puntaje de 44-54 contesta de manera racional y pertinente. Presenta adaptabilidad y buen funcionamiento en otros aspectos de su vida, divergidos a las áreas de conflicto. Puntuaciones bajas (44 o menor) sugieren la mayoría de los sujetos normales y libres de tensión obtienen puntuaciones bajas en esta escala.
4. Escala K (Corrección): T 27-45 concepto inadecuado de sí mismos, empobrecido y lleno de insatisfacciones de relación con sus habilidades. Críticos y toscos o llanos en sus manera y su lenguaje. 46-60 equilibrio y apretura y protección hacia uno mismo, es decir, son personas libres y abiertas en su auto-descripción y que admiten sus limitaciones. 61-70 Tienen a disminuir o no darle valor a sus familiares y a las circunstancias (Núñez y Viveros, 2004).

Segundo: se realizó el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota a todas las estudiantes que comprenden el universo, se procedió a realizar la interpretación de las pruebas, además se tabularon los datos recopilados en tablas de datos realizadas en Microsoft Excel 2013 y el programa Epi Info 7, en donde se evaluaron los resultados obtenidos para las variables estudiadas.

Tercero: según los resultados obtenidos por el MMPI, a las estudiantes que presentaron trastornos psicopatológicos, se les realizó una entrevista semiestructurada además los resultados, de manera cualitativa, fueron analizados y explorados por medio de genogramas basado en tres niveles de información: 1) estructura familiar, 2) información sobre la familia y 3) relaciones familiares.

I. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Se redactó una solicitud de autorización al Centro Universitario de Oriente y a la Coordinación de la Carrera de Médico y Cirujano, para poder realizar la investigación con las mujeres estudiantes inscritas de primero, segundo y tercer año en la Carrera de Médico y Cirujano correspondiente al ciclo académico 2016.
2. Esta investigación **no presentó riesgo**; no se realizó intervención fisiológica con las personas que participaron en el estudio. Se explicó a las estudiantes, de los objetivos del trabajo en cada uno de los salones de clase de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente; por lo tanto esta investigación fue considerada, Investigación de Tipo I es decir, investigación sin riesgo.
3. Se solicitó **consentimiento informado** a las estudiantes que participaron voluntariamente en el estudio (Anexo 1).

m. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

DESCRIPCIÓN	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Febrero 2016	Marzo 2016	Abril 2016	Mayo 2016	Junio 2016	Julio 2016	Agosto 2016	Septiembre 2016
Planteamiento del problema	■										
Solicitud y aprobación del problema		■									
Elaboración del protocolo de investigación				■	■	■					
Realización del trabajo de campo								■	■		
Tabulación y análisis de los datos										■	■
Elaboración informe final										■	■
Revisión Final											■
Impresión y reproducción del informe final											■
Presentación del informe final											■

Fuente: Elaboración propia

n. RECURSOS

1) Humanos

- Estudiante Investigador
- 1 Asesor de tesis
- Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación e Investigación (OCTGM)

2) Físicos

- Materiales y suministros
- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI)
- Útiles de oficina
- 1 computadora portátil
- 1 memoria USB de 4 GB hp ®
- 1 Impresora Canon® ip 2700
- 2 cartucho de tinta color negro Canon®
- 2 cartuchos de tinta de colores Canon®
- Internet residencial.
- Internet Portátil.

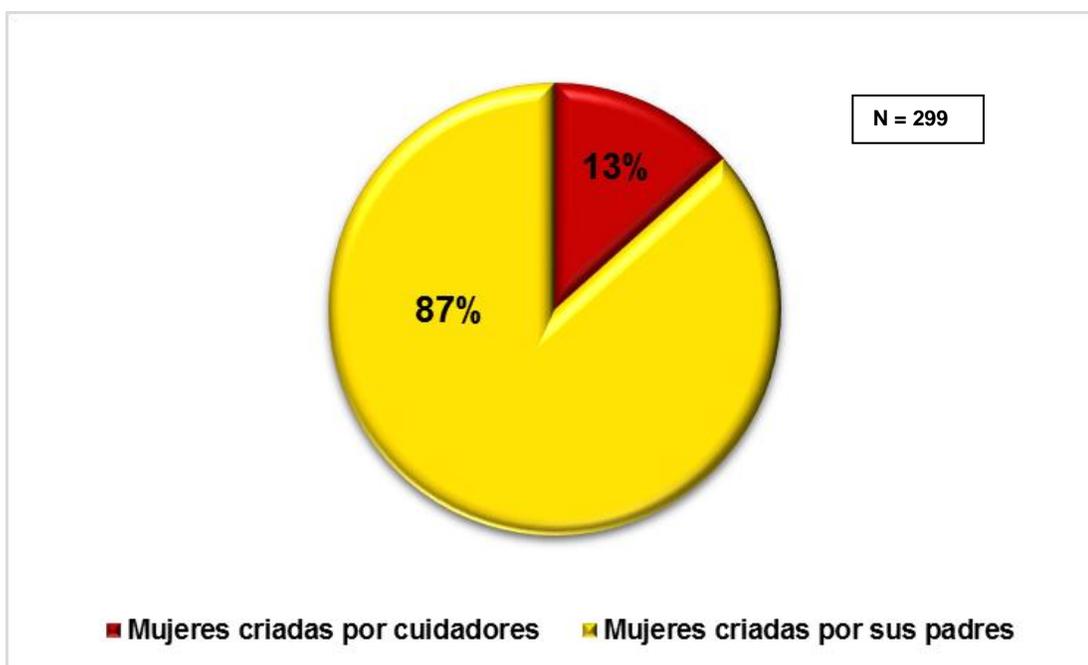
3) Financieros

- 50 cuadernillos del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) Q.2000.00
- 50 fotocopias de hoja de Consentimiento Informado Q.60.00.
- Transporte Q 300.00
- Fotocopias del DSM V Q 500.00
- Útiles de Oficina Q 215.00
- Impresiones Q 500.00
- Total Q.3,575.00

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

7.1. GRÁFICAS Y TABLAS

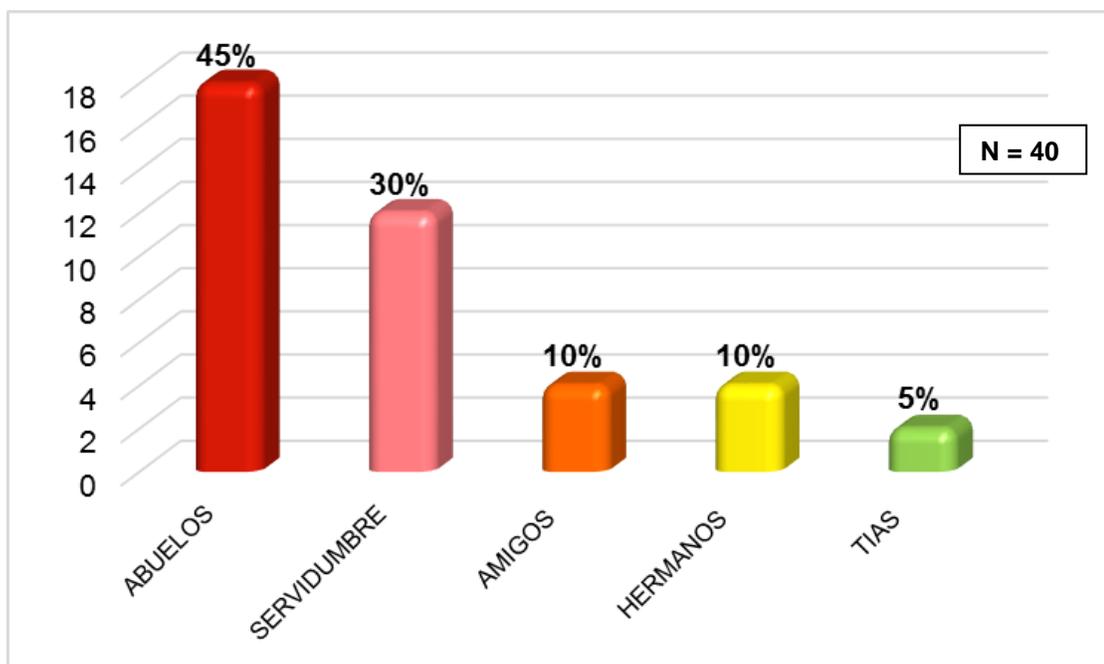
GRÁFICA 1. Distribución de mujeres que crecieron con cuidadores principales y mujeres que fueron criadas por sus padres, realizado en estudiantes de primero, segundo y tercer año de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2016.

En ésta gráfica se observa que del total de la población de mujeres de primero, segundo y tercer año de la carrera de Médico y Cirujano (299), el 13% (40) fueron criadas por cuidadores principales y el 87% (259) fueron criadas por sus padres.

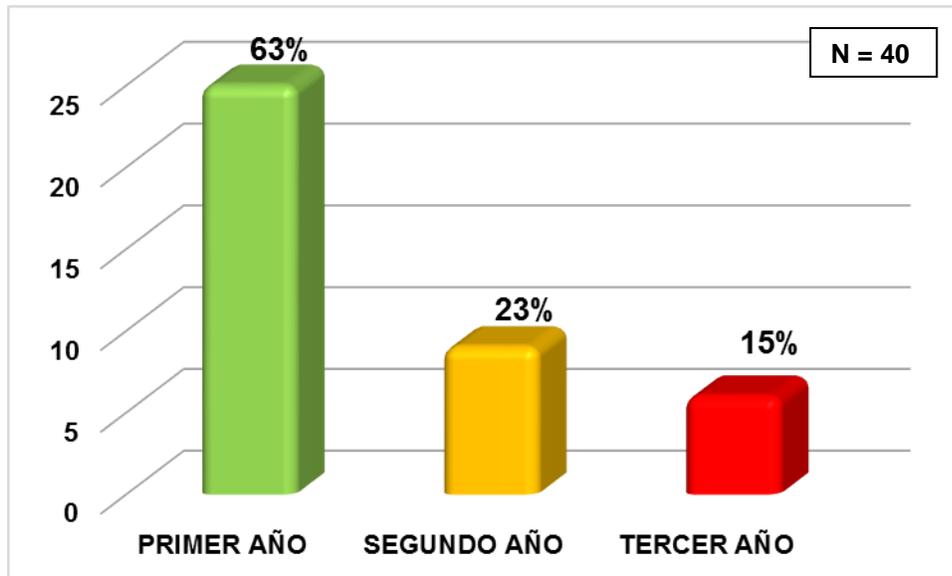
GRÁFICA 2. Distribución según el tipo de cuidador de las mujeres que crecieron con cuidadores principales, realizado en estudiantes de primero, segundo y tercer año de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2016.

De 40 mujeres estudiadas el 45% (18) fueron criadas por abuelos, el 30% (12) por personas de servicio doméstico, el 10% (4) de dichas mujeres fueron criadas por amigos, otro 10% (4) por hermanos mayores y por último el 5% (2) de las mujeres en estudio fueron criadas por hermanos de los padres.

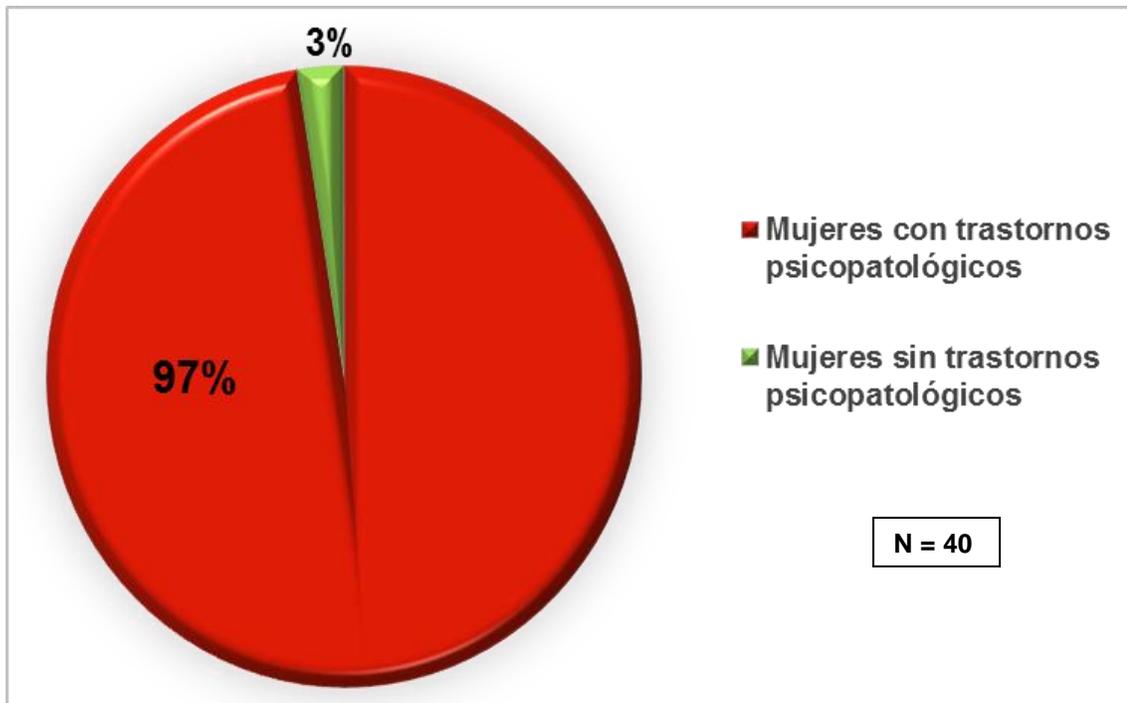
GRÁFICA 3. Distribución según el año de estudio de las mujeres que crecieron con cuidadores principales, realizado en estudiantes de primero, segundo y tercer año de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente.



FUENTE: Boleta de recolección de datos, 2016.

Ésta gráfica muestra del total de la población estudiada, el mayor porcentaje pertenecía al primer año de la carrera de Médico y Cirujano con el 63% (25), seguido de un 23% (9) del segundo año y el menor porcentaje de mujeres criadas por cuidadores se encontró en el tercer año con un 15% (6).

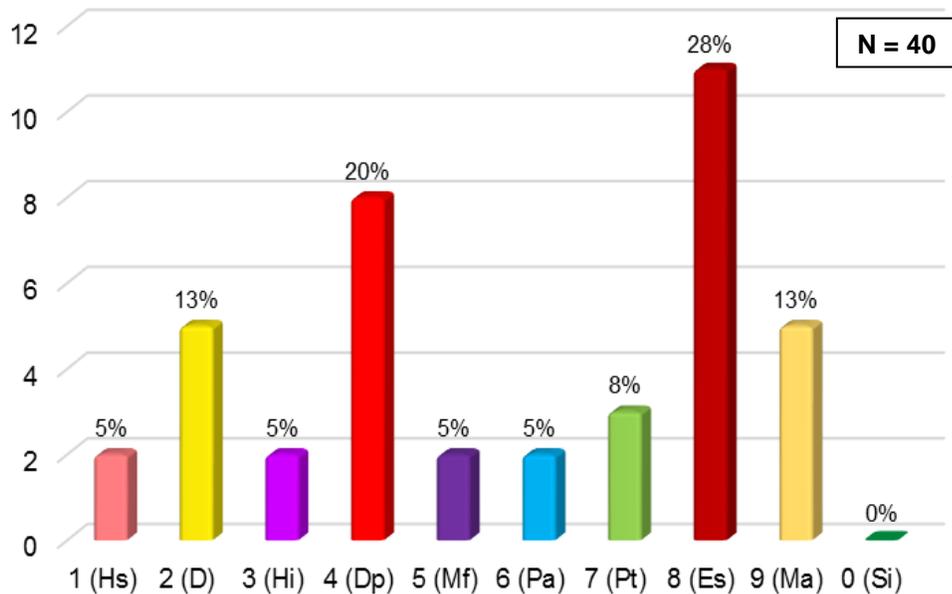
GRÁFICA 4. Distribución de la existencia de trastornos psicopatológicos en la vida adulta, en las mujeres que crecieron con cuidadores principales, realizado en estudiantes de primero, segundo y tercer año de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente.



FUENTE: Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, 2016.

De 40 mujeres que crecieron con cuidadores principales, se encontró que el 97% (39) desarrollaron síntomas psicopatológicos y tan solo un 3% (1) no presentó alteración alguna.

GRÁFICA 5. Distribución de los trastornos psicopatológicos en las mujeres que crecieron con cuidadores principales, realizado en estudiantes de primero, segundo y tercer año de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente.

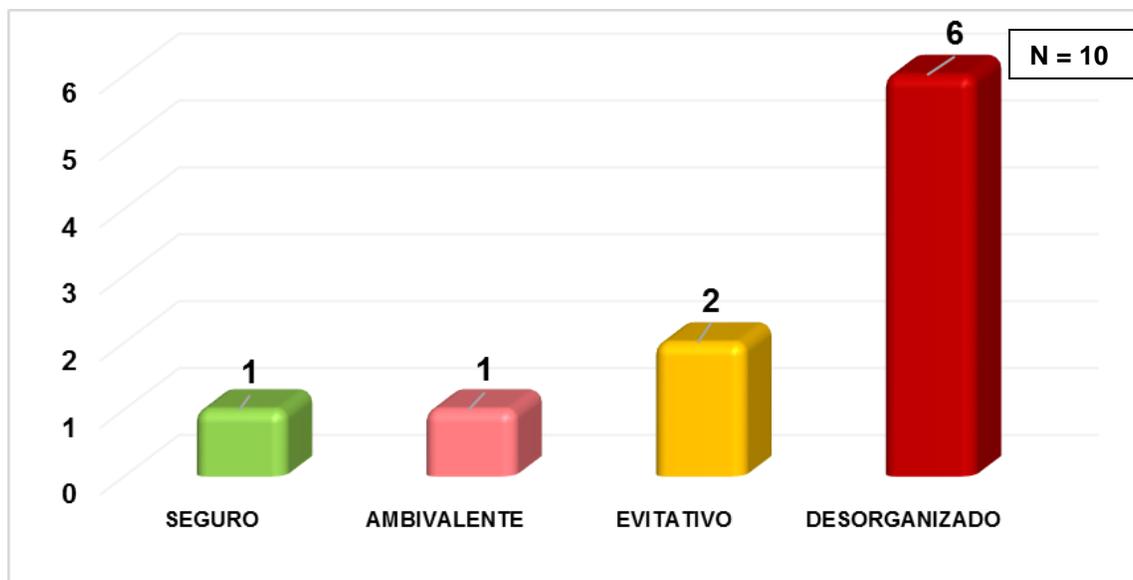


FUENTE: Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, 2016.

En ésta gráfica se observa que según el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota el trastorno psicopatológico con más frecuencia entre las mujeres estudiadas fue esquizofrenia con un 28% (11), seguido de la desviación psicópata con un 20% (8), y la depresión y manía fueron diagnosticadas en un 13% (5) cada una y un 8% (3) presentó psicastenia*.

*Psicastenia: obsesiones, compulsiones y ansiedad. El término ya no se utiliza en el diagnóstico clínico, aunque sigue figurando como una de las diez escalas clínicas en el MMPI.

GRÁFICA 6. Distribución según el tipo de apego en mujeres entrevistadas, las cuales crecieron con cuidadores principales, realizado en estudiantes de primero, segundo y tercer año de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente.



FUENTE: Entrevista semiestructurada a mujeres estudiantes de primero, segundo y tercer año de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, 2016.

De 10 mujeres entrevistadas, 6 presentaron apego desorganizado, seguido por el apego evitativo con 2 mujeres y por último se encontró una mujer con apego seguro y con un 1 mujer con apego ambivalente.

TABLA 1. Distribución de las agrupaciones de las escalas clínicas, en mujeres que crecieron con cuidadores principales, realizado en estudiantes del primero, segundo y tercer año de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente.

COMBINACIÓN DE ESCALAS CLINICAS	No.	%
4-8: Trastorno Esquizoide de la Personalidad – Trastorno Antisocial de la Personalidad.	6	15%
6-8: Esquizofrenia tipo paranoide	3	8%
8-9: Esquizofrenia residual y distimia	3	8%
8-2: Depresión severa	3	8%
4-9: Perfil Psicótico – Maniaco/Depresivo	2	5%
8-1: Manifestaciones Psicóticas	2	5%
2-3: Maniaco-Depresivo	2	5%
2-1: Trastorno Somatoforme	2	5%
Otras combinaciones	17	43%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, 2016.

La combinación presente con mayor frecuencia en las mujeres criadas por cuidadores la 4-8 con un 15% (6), seguido de las combinaciones 6-8, 8-9, 8-2 cada una con un 8% (3) de casos y las combinaciones 4-9, 8-1, 2-3, 2-1 fueron encontradas con un 5% (2) respectivamente. Por último, 17 mujeres (43%) agrupadas en diversas combinaciones.

TABLA 2. Distribución de las escalas clínicas según el año de estudio de las mujeres que crecieron con cuidadores principales, realizado en estudiantes del primero, segundo y tercer año de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente.

AÑO	ESCALA CLINICA	No. DE MUJERES	%
PRIMER AÑO	DEPRESIÓN (DP)	5	13%
	OTRAS ESCALAS	20	50%
SEGUNDO AÑO	ESQUIZOFRENIA (Es)	5	13%
	OTRAS ESCALAS	4	10%
TERCER AÑO	DESVIACIÓN PSICÓPATA (DP)	3	7%
	OTRAS ESCALAS	3	7%
TOTAL		40	100

FUENTE: Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, 2016.

En el primer año de la carrera de Médico y Cirujano, la escala clínica más común en las mujeres estudiadas, fue la Depresión con un 13% (5), en las mujeres de segundo año encontramos la Esquizofrenia 13% (5) y en el tercer año la escala clínica más común fue Desviación Psicópata con un 7% (3).

TABLA 3. Distribución de las principales emociones en las mujeres entrevistadas que crecieron con cuidadores principales, realizado en estudiantes del primero, segundo y tercer año de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente.

SÍNTOMAS	No. DE MUJERES
NERVIOSISMO	7
LLANTO SIN MOTIVO ALGUNO	4
ALEGRÍA	3
TRISTEZA	9
SENSACIÓN DE VACIO	5
DECEPCIÓN	7
RABIA	3
FALTA DE ACEPTACIÓN	6

FUENTE: Entrevista semiestructurada a mujeres estudiantes de primero, segundo y tercer año de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, 2016.

En esta tabla se observan los síntomas que padecen con frecuencia las mujeres entrevistadas, 9 mujeres refirieron sentir tristeza, 7 mujeres padecen nerviosismo, 7 sienten decepción, 6 mujeres sienten falta de aceptación por personas que las rodean, 5 mujeres refirieron sensación de vacío, 4 presentan comúnmente llanto sin motivo alguno y por último 3 sienten rabia y únicamente 3 mujeres se sienten frecuentemente alegres.

7.2 ENTREVISTAS Y GENOGRAMAS

CASO 1

INFORMACIÓN GENERAL

Relato por medio de una entrevista con una mujer 18 años. Se estableció contacto mediante una entrevista clínica donde accede a formar parte de este estudio y relata su historia. Al tomar contacto se muestra entusiasta y colaboradora, muy accesible y dispuesta a participar, estableciéndose una relación cómoda.

ANTECEDENTES

C.H. es una mujer de 18 años, originaria de la Ciudad Capital de Guatemala, con residencia actual en la ciudad de Chiquimula y fines de semana en la ciudad de Jutiapa. Soltera. Católica. Estudiante del primer año de la carrera de Médico y Cirujano-CUNORI.

HISTORIA FAMILIAR

C.H. Viene de un matrimonio sólido, sus padres están casados por la ley civil y religiosa desde hace 19 años. Su padre tiene 43 años y su mamá 38 años. Es la mayor de 3 hermanos, ella con 18 años, seguida por dos hombres uno de 13 años y otro de 5 años. Cuando tenía 4 años enfermó de cáncer su abuela paterna por lo que sus papas se trasladaron a la ciudad de Jutiapa para hacerse cargo de un negocio familiar, ella se quedó viviendo en la ciudad capital con la hermana de su mamá, porque estaba estudiando pre-kinder y sus papás acordaron que era mejor que terminara el ciclo lectivo y luego la llevarían a vivir con ellos a la ciudad de Jutiapa, cosa que no sucedió, vivió desde los 4 a los 15 años de edad con su tía (ahora 40 años), el esposo de ésta (43 años) y los 3 hijos de este matrimonio (dos hombres de 23 y 20 años, respectivamente y una mujer de 16 años de edad) . Recuerda que su tía nunca hizo diferencia entre sus hijos y ella, siempre la hicieron sentir parte de esa familia y hasta el día de hoy se siente a gusto con ellos. Los fines de semana sus padres viajaban a verla a la ciudad capital o su tía la llevaba a Jutiapa y para las vacaciones se iba a Jutiapa con sus padres.

Ella cree que los motivos de sus padres de dejarla viviendo en la ciudad capital fue por la calidad del estudio y está consiente que ellos hicieron ese esfuerzo por el bien de ella.

A los 16 años se fue a vivir a la ciudad de Jutiapa con sus padres, porque ellos así lo decidieron, estudió bachillerato en ciencias y letras, para ella fueron dos años muy alegres, hizo muy buenos amigos y disfrutó mucho a sus padres.

Ella desde siempre supo que quería estudiar la carrera de Medicina y sus papás le dijeron que Medicina-CUNORI era una buena opción y que Chiquimula era un lugar muy bonito y sano, por lo cual este año se trasladó a el municipio de Chiquimula, para estudiar a la carrera de Médico y Cirujano. Alquila una casa junto con una compañera y viven ellas dos solas. Según C.H. va bien en sus cursos, le ha costado un poco Física y Biología, por eso lee y practica todos los días, porque se trazó la meta de ser médico y la quiere cumplir.

Para ella vivir con un cuidador tiene ventajas y desventajas, entre las desventajas refiere que el nivel de exigencia respecto a los estudios es menor que la exigencia de los padres; también encuentra aspectos positivos, más libertad para salir a la calle e ir fiestas de sus amigos.

Ella aprendió de su tía que si hay amor propio, no importa si las demás personas lo quieren a uno, esa es su filosofía de vida y ella se siente feliz. Rara vez se siente triste y si eso sucede busca alguna actividad en la cual ocupar su mente. También refiere que no padece enfermedades, ni síntomas extraños, ahora bien, cuando era pequeña padeció de asma, pero desde que se fue a vivir a Jutiapa no ha vuelto a presentar ningún episodio de asma.

INTERPRETACIÓN DEL PERFIL

C.H. es una mujer que muestra seguridad de sí misma, de clase media-baja, accesible, se pudo entablar una plática amena, en donde accedió sin negativa a narrar como ha sido su vida.

Es morena clara, pelo ondulado, color negro, pestañas rizadas, ojos muy expresivos, no presentaba ojeras, ni maquillaje, una blusa rosada y un pantalón de lona, con tenis color gris.

Durante la entrevista estuvo sentada con las manos libres, con las cuales hacía ademanes, por un momento estuvo con la espalda erguida y las piernas cruzadas luego empezó a contar como fue su infancia, se acomodó y descruzó sus piernas.

La entrevista tuvo una duración de más o menos 30 minutos, una charla muy amena, llena de experiencias, luego se le dio a conocer el resultado del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota.

C.H. contestó a todas las frases de la prueba. La escala **L** ofrece una puntuación en bruto de 4, **F** de 11 y **K** de 12. La puntuación T de las escalas de validez se encuentran entre 60 y 70; es decir, la interpretación de las escalas L, F y K señalan que las respuestas son aprobadas, con adecuado control de sí misma y la aceptación aparente de los valores morales establecidos en su medio (escala L). La puntuación de la escala F indica independencia de pensamiento y temperamental. La escala K señala que entre las características de su personalidad se encuentra que es una persona libre que admite sus limitaciones.

La puntuación de la escala **1- HIPOCONDRIA** (T 54) indica que a una persona con poca sintomatología somática. La escala **2-DEPRESIÓN** (T 47) muestra a una mujer con un equilibrio emocional, enérgica y entusiasta. En la escala **3-HISTERIA** (T 59) la cual sugiere que no hay significados consistentes a ese nivel. En la escala **4-DESVIACIÓN PSICÓPATA** con un valor de T 57, infiere que la paciente no es controladora y acepta las reglas a las cuales sea sometida.

Escala **5-MASCULINO/FEMENINO** (T 52) nos indica que estamos frente a una mujer con interés vocacional definido. La escala **6-PARANOIDE** con un valor de T 63 sugiere que es una mujer con personalidad madura, hipersensible, rígida y con sentimientos de

presión, ante aspectos sociales y vocacionales de la vida. Escala **7-PSICASTENIA** con un valor de T 47 es una persona con la capacidad adecuada para organizar un trabajo y no presenta preocupaciones indebidas.

La escala **8-ESQUIZOFRENIA** (T 46) infiere que es una mujer práctica, convencional y con control de sí mismo. Escala **9-MANÍA** (T 55) sugiere a una mujer con normal, activa, enérgica.

Escala **0- INTROVERSIÓN SOCIAL** con un valor de T 45 que infiere una mujer con la capacidad para establecer relaciones sociales (ANEXO 2).

IMPRESIÓN CLINICA

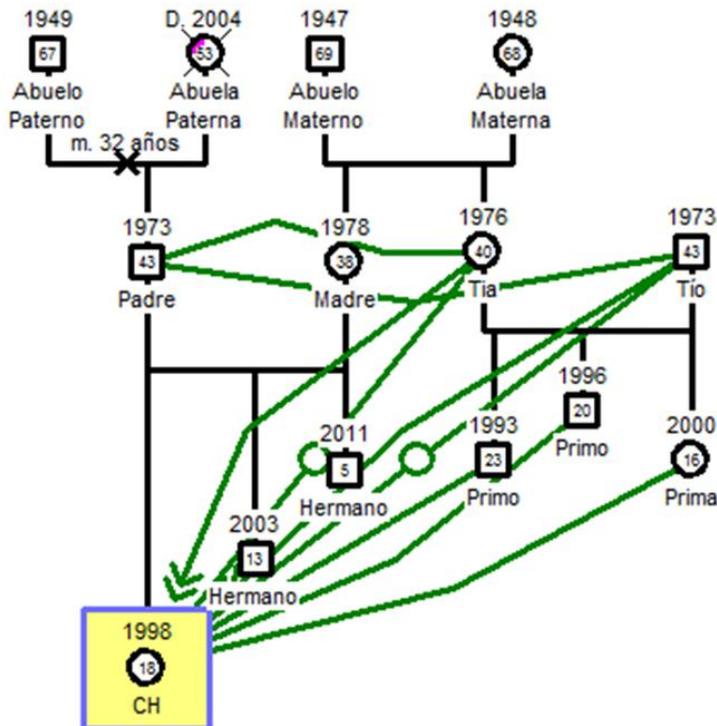
1. PERSONALIDAD EQUILIBRADA.

2. APEGO SEGURO.

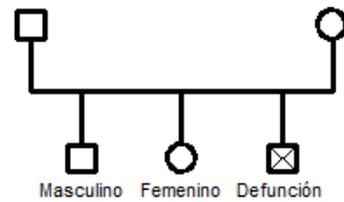
Nos encontramos frente a una mujer equilibrada emocionalmente, con objetivos definidos y claros, que impresiona por su sencillez, bondad y confianza.

CASO 1. GENOGRAMA SISTEMA FAMILIAR C.H.

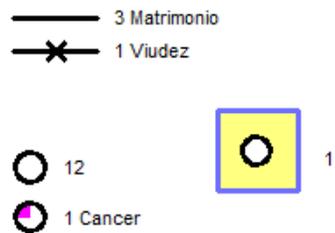
SISTEMA FAMILIAR DE C.H.



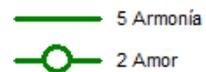
Símbolos del genograma



Leyendas de relaciones familiares



Leyendas de relaciones emocionales



Angela Ovaltin
 Ang. Ovaltin T.M.P. Lic. Excmo.
 MASTER EN PSICOLOGIA CLINICA
 Y SALUD MENTAL
 Calle 14 No. 14-20

INTERPRETACIÓN DEL GENOGRAMA

COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Familia nuclear ampliada. Cuidadores principales para la mujer eje. Responsabilidad de la mujer eje como hija mayor de mantener el bienestar de la familia.

ADAPTACIÓN AL CICLO VITAL

Con la presencia de 4 matrimonios y relación estrecha de armonía entre las dos familias de la segunda generación, entorno en el que creció C.H.

REPETICIÓN DE PAUTAS A TRAVÉS DE LAS GENERACIONES

No hay repetición de pautas.

SUCESOS DE LA VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

El suceso importante en este sistema familiar se da cuando la abuela materna enferma de cáncer y la mujer eje fue separada de su núcleo familiar y pasó a ser cuidada por la familia de la hermana de la madre.

PAUTAS VINCULARES Y TRIÁNGULOS

Estas familias se encuentran en armonía.

No hay presencia de triangulaciones puesto que la mujer eje fue incluida de igual manera con sus padres biológicos y con sus cuidadores principales.

EQUILIBRIO Y DESEQUILIBRIO FAMILIAR

El sistema familiar de C.H. se encuentra en un equilibrio familiar.

CASO 2

INFORMACIÓN GENERAL

Relato por medio de una entrevista con una mujer de 19 años. Se estableció contacto mediante una entrevista clínica donde accede a formar parte de este estudio y relata su historia. Al tomar contacto se muestra entusiasta y colaboradora, muy accesible y dispuesta a participar, estableciéndose una relación cómoda.

ANTECEDENTES

M.G.R.M. es una mujer de 19 años, originaria de la Ciudad de Chiquimula, con residencia en la misma ciudad. Soltera. Católica. Estudiante del tercer año de la carrera de Médico y Cirujano-CUNORI.

HISTORIA FAMILIAR

M.G.R.M. viene de un matrimonio desintegrado. Su padre tiene 41 años y su mamá 42 años. Es la mayor de 3 hermanas, ella con 19 años, seguida por dos mujeres, una de sus dos hermanas falleció al cumplir 1 año (M.G.R.M. tenía 5 años y solo sabe que su hermana enfermó de neumonía y por eso falleció), su tercera hermana actualmente tiene 10 años. Ella desde su nacimiento fue cuidada por sus abuelos paternos pues sus padres trabajaban en un negocio propio desde las 7:00 a.m. hasta las 7:00 p.m. Ha vivido y estudiado en la ciudad de Chiquimula siempre. Sus padres se divorciaron cuando ella tenía 12 años, recuerda que este matrimonio se vino abajo luego del fallecimiento de su hermana; ellos gritaban y peleaban todo el tiempo, ambos se mantenían de mal humor. Ella estaba muy pequeña y tiene pocos recuerdos, pero ambos se refugiaron en el trabajo, entonces casi no los veía y pasaban a recogerla a casa de sus abuelos paternos todas las noches, la mayoría de veces ella ya estaba dormida, así fue hasta que cumplió 12 años, pues se divorciaron sus padres y ya no era cuidada por su abuela paterna si no que por una señora que le ayudaba a su mamá con los quehaceres del hogar, porque su madre continua trabajando en un negocio propio y regresa a la casa pasado las 7:00 p.m. y así ha sido hasta la fecha.

M.G.R.M. recuerda que cuando tenía 10 años sus papas iban al psicólogo, en ocasiones juntos y otras veces separados (ella cree que recibían terapia de pareja) y allí se le diagnosticó al padre Depresión y Trastorno Obsesivo Compulsivo, fue referido con un psiquiatra, pero se negó a recibir tratamiento y terapia, porque constantemente decía “que no estaba loco”, y hasta el día de hoy no recibió ninguna terapia psicológica, él ha mantenido el mal carácter motivo por lo que ha habido mala relación padre e hija, además él se volvió a casar hace un año con una mujer de 20 años y esto terminó de fracturar más la relación padre e hija. M.G.R.M. desconoce si su mamá ha tenido otras parejas, pero si relata que el haberse separado de su padres hizo que su mamá fuera más feliz y más plena (fue un “renacer para su mama”), la relación con su mamá es buena y en las noches cuando su mamá regresa de trabajar siempre se sientan a cenar juntas y se cuentan cómo les fue en el día, además cuando regresa de la universidad trata de pasar tiempo con su hermana y le ayuda con las tareas del colegio.

M.G.R.M. estudia la carrera de Medicina-CUNORI porque desde niña jugaba que era doctora, por eso le pone empeño y estudia mucho para no defraudar a su mamá por el esfuerzo que hace trabajando todo el día.

Los aspectos positivos que mira de vivir con cuidadores es que encontró en sus cuidadores comprensión y apoyo y menciona la mala crianza y el consentimiento como un aspecto negativo de un cuidador, así como la restricción para asistir a eventos.

M.G.R.M. en su entrevista cuenta que los últimos dos años ha mantenido sentimientos de tristeza y decepción de ella misma constantemente, así como ansiedad y desesperación, además síntomas como taquicardia y fatiga en las tardes, normalmente después de salir de la universidad, por lo que en esos momentos prefiere aislarse de la gente y ocasionalmente se refugia en su novio, con el cual lleva dos años y según ella la comprende y le da mucho apoyo.

INTERPRETACIÓN DEL PERFIL

M.G.R.M. es una mujer que muestra inseguridad, de clase media, accesible, se pudo entablar una plática, en la cual accedió con gusto a relatar su historia de vida. Es morena, pelo liso, pestañas espesas y arqueadas, ojos grandes pocos expresivos, mirada triste, presentaba ojeras, con abundante maquillaje, vestía una blusa blanca con azul representativa de la carrera de Medicina-CUNORI y un pantalón de lona azul, con tenis azules. En el inicio de la entrevista estuvo sentada con los brazos cruzados, adentrada en el relato de su vida, tomó un pedazo de papel y jugaba con él mientras hablaba, luego se sostenía la cara y todo el tiempo mantuvo una postura en la cual el tronco estaba hecho hacia adelante, la cabeza de lado y las piernas cruzadas, cuando habló de lo mal que se llevaba con su papá la voz se le quebró y los ojos llorosos, pero contuvo las lágrimas. La entrevista tuvo una duración de más o menos 20 minutos, luego se le dio a conocer el resultado del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota.

M.G.R.M. contestó a todas las frases de la prueba. La escala **L** ofrece una puntuación en bruto de 5, **F** de 10 y **K** de 20. La puntuación T de las escalas de validez se encuentran entre 60 y 70, es decir, la interpretación de las escalas L, F y K señalan que las respuestas son aprobadas. En este caso la escala L no arroja datos significativos; la escala F en una puntuación en bruto de 10 y la elevación a la derecha de 7 y 8 normalmente se encuentra en pacientes neuróticos, es una persona con independencia de pensamiento y negativismo, temperamental insatisfecha y malhumorada, poco convencional. La escala K indica que nos encontramos frente a una mujer que se adapta al entorno, que no le da valor a sus faltas y que muestra una conducta defensiva y perturbaciones neuróticas, su posición de defensa ante momentos de tensión se vuelve exagerada.

La puntuación de la escala **1- HIPOCONDRIA** (T 64) es una mujer que se preocupa por su salud. La escala **2-DEPRESIÓN** (T 82) indica que nos encontramos frente a una mujer pesimista, con depresión severa y preocupación extrema, además es muy indecisa y con tendencia al aislamiento.

En la escala **3-HISTERIA** (T 59) sugiere que no hay rasgos significativos a este nivel. En la escala **4-DESVIACIÓN PSICÓPATA** con un valor de T 68, infiere que es una mujer independiente e inconforme, con dificultad para aceptar normas sociales. Escala **5-MASCULINO/FEMENINO** (T 51) es una mujer con interés vocacional definido, sensible e idealista. La escala **6-PARANOIDE** con un valor de T 68 siempre alerta a la opinión de otros; hipersensibilidad y sentimientos de limitación y presión, ante aspectos sociales y vocacionales de la vida; desconfiada.

Escala **7-PSICASTENIA** con un valor de T 83 presenta excesiva preocupación por acontecimientos imprevisibles. Aprensiva, temerosa e insatisfecha con sus relaciones interpersonales, obsesiones y sentimientos de culpa y moralista, con tendencia a la dependencia en sus relaciones amorosas. Se supone que los pacientes con elevación en esta escala, fueron agredidos o humillados en su niñez. La escala **8-ESQUIZOFRENIA** (T 84) infiere que es una mujer solitaria, con conflictos internos graves, con mentalidad esquizoide y en otras ocasiones puede ser socialmente introvertida, evitando la realidad, además de trastornos del pensamiento. La hipótesis en relación con la elevación de esta escala se asocia con niños que se sintieron menospreciados en su niñez y rechazados por la persona de la cual dependía su seguridad personal. Se supone que estos niños se aíslan en un intento por protegerse a sí mismo, lo cual condujo a tener un funcionamiento inadecuado en el área cognoscitiva y emocional.

Escala **9-MANÍA** (T 70) sugiere desadaptación hiperactiva, irritable, impulsiva y agresividad irracional ante la más mínima frustración. Normalmente presenta propósitos efímeros. Escala **0- INTROVERSIÓN SOCIAL** con un valor de T 62 que indica que estamos frente a una mujer bastante reservada, insegura y con falta de confianza, que prefiere estar sola. La hipótesis de esta escala habla de personas que vivieron experiencias infantiles en las que no hubo calor ni contacto físico con los que les rodeaban (ANEXO 2).

Los picos más altos de este perfil es el 8, 7 y 2, el cual nos habla de una combinación que sugiere a una mujer **neurótica**, del tipo **obsesivo-compulsivo** y también posee rasgos de un perfil de **depresión psicótica (ciclotimia y distimia)**. El diagnóstico psicológico orienta a **trastorno de la personalidad esquizotipia**.

IMPRESIÓN CLINICA

1. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

2. DEPRESIÓN SEVERA.

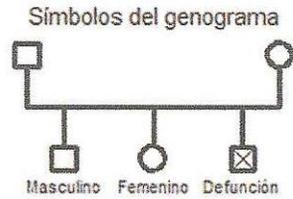
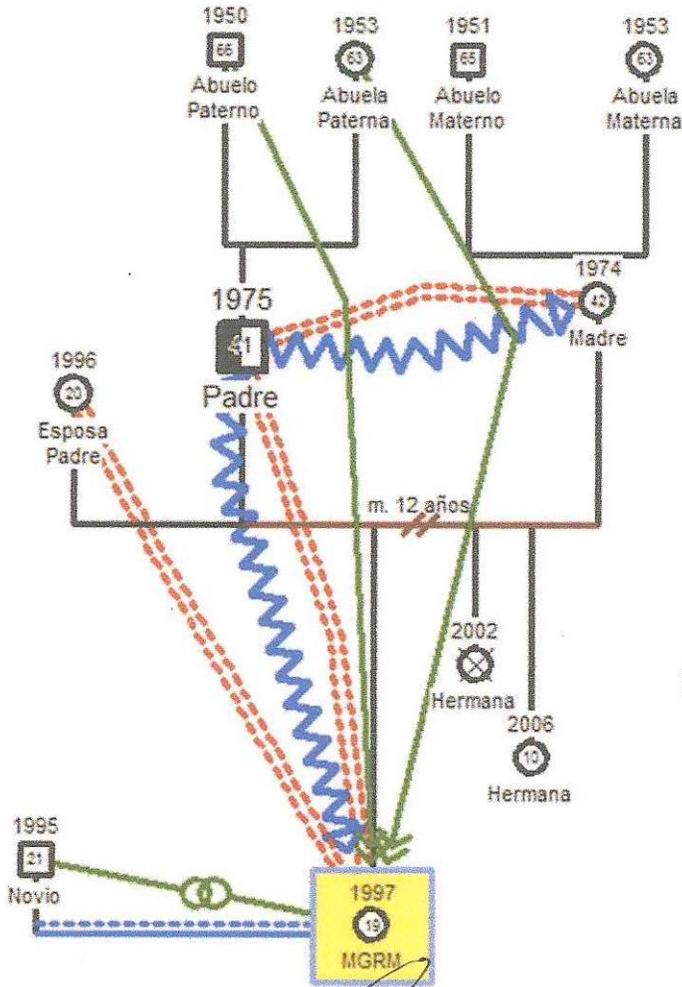
a. DISTÍMIA.

3. APEGO DESORGANIZADO.

Los rasgos de personalidad son depresión o introversión, apatía y aislamiento, no es capaz de establecer relaciones interpersonales estables y afectivas. Así como también ansiedad, agitación, poca concentración y períodos de confusión y desconfianza.

CASO 2. GENOGRAMA SISTEMA FAMILIAR M.G.M.R.

SISTEMA FAMILIAR M.G.R.M.



Beatriz Villala Espino
Maestra Beatriz Villala Espino
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y SALUD MENTAL
 Colegiada 6420

INTERPRETACIÓN DEL GENOGRAMA

COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Familia binuclear y familia monoparental. Cuidadores principales para la mujer eje. Responsabilidad de la mujer eje como hija mayor de mantener el bienestar de la familia.

ADAPTACIÓN AL CICLO VITAL

Con la presencia de 4 matrimonios, 2 matrimonios de abuelos paternos y maternos, el matrimonio de los padres que fue disuelto y por último, el nuevo matrimonio del padre. Hay conflicto en la relación padre/hija. Así como abuso emocional por parte del padre con su ex esposa y con su hija.

REPETICIÓN DE PATRONES.

M.G.R.M. repite los patrones de comportamiento de su padre, y desarrolló trastorno obsesivo compulsivo al igual que su padre.

SUCESOS DE LA VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

El suceso importante en este sistema familiar se da cuando fallece la hermana del medio de M.G.R.M. y sus padres no supieron sobre ponerse a la pérdida.

PAUTAS VINCULARES Y TRIÁNGULOS

Encontramos una triangulación multigeneracional, que es la crea M.G.R.M. con sus cuidadores principales, en este caso sus abuelos; un segundo triángulo madre/hija en contra de su padre y de la relación amorosa de él. Tomando la posición de “chivo expiatorio”/”mujer enferma” para llamar la atención de los que la rodean.

EQUILIBRIO Y DESEQUILIBRIO FAMILIAR

En este sistema familiar hay un desequilibrio familiar, el cual existe desde que los abuelos tomaron el rol de cuidadores principales. El fallecimiento de la hija de en medio provocó desequilibrio en la relación de matrimonio de sus padres y un desorden mental en el padre, desencadenando el divorcio de los padres de M.G.R.M. y por último, el padre con haber contraído matrimonio de nuevo, terminó de fracturar la relación padre/hija.

CASO 3

INFORMACIÓN GENERAL

Relato por medio de una entrevista con una mujer de 22 años. Se estableció contacto mediante una entrevista clínica donde accede a formar parte de este estudio y relata su historia. Al tomar contacto no se muestra entusiasmada y poco accesible, se establece una relación un tanto tensa.

ANTECEDENTES

M.d.C.M.G. es una mujer de 22 años, originaria de la Ciudad de Huehuetenango, con residencia en la Ciudad de Chiquimula. Soltera. Católica. Estudiante de segundo año de la carrera de Médico y Cirujano-CUNORI.

HISTORIA FAMILIAR

M.d.C.M.G. viene de un matrimonio sólido, sus padres están casados por la ley civil y religiosa desde hace 31 años. Su padre tiene 52 años y su mamá 51 años. Es la tercera de cuatro hermanos, son tres hombres de 30, 26 y 21 años, respectivamente. Su padre emigró a Estados Unidos cuando ella tenía 4 años, ella era cuidada por una persona de servicio en las mañanas y por las tarde su madre se hacía cargo de ella y sus hermanos, cuando cumplió 6 años regresó su papa; estuvieron juntos los seis durante dos años, pero la economía en Guatemala no era la mejor y sus padres se encontraban desempleados, por lo que decidieron viajar a Estados Unidos, en busca de trabajo, y mejores oportunidades de empleo, dejando a sus hijos bajo el cuidado del padrino de su hermano mayor. Los cuatro hermanos se fueron a vivir a la casa del compadre de sus papás, durante el día eran cuidados por la hermana del compadre y en las noches era el señor quien se encargaba de los cuatro hermanos. Recuerda que fueron momentos muy tristes, no le gusta recordar esa época, relata que son pocos los recuerdos que tiene de ese tiempo, la hermana del compadre de sus padres, era muy cariñosa con ellos, pero cuando él aparecía ella se tenía que comportar fría, porque el señor le decía que no los consintiera, que los iba a poner más malcriados de lo que ya estaban los 4.

Cuando M.d.C.M.G. cumplió 12 años sus padres regresaron de los Estados Unidos y volvió a estar la familia unida, sus padres montaron un negocio propio y la madre de M.d.C.M.G. lo administra, luego su padre se volvió a ir a trabajar a Estados Unidos, en donde se encuentra trabajando desde hace 6 años y está como inmigrante.

M.d.C.M.G. se vino a vivir a Chiquimula para estudiar en la universidad la carrera de Médico y Cirujano en el CUNORI, relata que decidió vivir en Chiquimula porque tiene familia en esta ciudad, además sus padres no quisieron que estudiara en la ciudad capital porque es muy peligrosa y hay mucha violencia. Hace 3 años su hermano menor se vino a vivir también a Chiquimula, porque inició su carrera universitaria. M.d.C.M.G. dice que ha sido difícil la carrera de Medicina y que se le dificulta mucho la comprensión de los textos porque es mucho el contenido que tiene que leer, este año está poniendo mucho más empeño porque ya repitió una vez primer año y no quiere repetir segundo año. Relata que haber repetido primero año la hizo bajar la guardia en el estudio pero está retomando las ganas, puesto que desea mucho ser Médico.

M.d.C.M.G. no encuentra ningún aspecto positivo de vivir con cuidadores, según ella es la peor etapa de su infancia, aunque si le encuentra aspectos negativos pues los cuidadores principales no prestan atención ni ponen cuidado. Ella dice que no le pone importancia a su infancia y se dedica a ser feliz y el sentimiento que predomina en ella es la alegría.

INTERPRETACIÓN DEL PERFIL

M.d.C.M.G. es una mujer que muestra inseguridad, de clase media-baja, poco accesible, la charla fue rápida y concisa, sin intimar en detalles, accedió a narrar como ha sido su vida. Es morena, pelo negro liso, pestañas normales, ojos poco expresivos, no presentaba ojeras, con maquillaje moderado, una blusa fucsia y un pantalón color blanco, con sandalias negras. Durante la entrevista estuvo sentada con las manos apoyadas en la silla, durante todo momento estuvo con la espalda erguida y las piernas cruzadas.

La entrevista tuvo una duración de más o menos 20 minutos, pues necesitaba irse rápido a su casa. Seguido de la entrevista se le dio a conocer el resultado del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota.

M.d.C.M.G. contestó a todas las frases de la prueba. La escala **L** ofrece una puntuación en bruto de 6, **F** de 8 y **K** de 14. La puntuación T de las escalas de validez se encuentran entre 60 y 70, es decir, la interpretación de las escalas L, F y K señalan que las respuestas son aprobadas.

La escala L sugiere a una mujer con necesidad de impresionar de manera favorable a la sociedad y aparenta control de sí misma. La puntuación de la escala F indica independencia de pensamiento y negativismo, temperamental e insatisfecha. La escala K señala a una mujer con protección a sí misma, que admite sus limitaciones.

La puntuación de la escala **1- HIPOCONDRIA** (T 48) es una mujer con poco interés de su salud, alerta. La escala **2-DEPRESIÓN** (T 69) sugiere que está levemente depresiva, y pesimista y auto derrotada. En la escala **3-HISTERIA** (T 59) sugiere que no hay significados consistentes a ese nivel.

En la escala **4-DESVIACIÓN PSICÓPATA** con un valor de T 62, infiere que la paciente es independiente e inconforme y se deja llevar por impulsos, con dificultad para acatar reglas. Escala **5-MASCULINO/FEMENINO** (T 63) nos indica que estamos frente a una mujer activa y competitiva. La escala **6-PARANOIDE** con un valor de T 62 sugiere que es una mujer con alta sensibilidad, con sentimientos de limitación y presión social, desconfiada, capaz de expresar hostilidad de manera indirecta y muestra importancia a la opinión de la gente.

Escala **7-PSICASTENIA** con un valor de T 61 infiere a una mujer perfeccionista, aprensiva meticulosa e insatisfecha con su vida y sus relaciones sociales, mantiene una ansiedad severa y tensión moderada en sus actividades. La escala **8-ESQUIZOFRENIA** (T 71) sugiere un perfil neurótico, que muestra poco interés por personas y asuntos prácticos, con mucha imaginación, solitaria, insegura.

La hipótesis en relación con la elevación de esta escala se asocia con niños que se sintieron menospreciados en su niñez y rechazados por la persona de la cual dependía su seguridad personal. Se supone que estos niños se aíslan en un intento por protegerse a sí mismo, lo cual condujo a tener un funcionamiento inadecuado en el área cognoscitiva y emocional.

Escala **9-MANÍA** (T 65) aparentemente es entusiasta, sociable y que los demás consideran feliz, ambiciosa, pero es por aparentar, pues es hipomaniaca, sin metas y sin ambiciones reales aun presentando hiperactividad. Escala **0- INTROVERSIÓN SOCIAL** con un valor de T 52 infiere a una mujer superficial, con capacidad para establecer relaciones sociales y con necesidad de reconocimiento porque presenta inseguridad de sí misma (ANEXO 2).

Los picos más altos de este perfiles el 8 y 2, el cual sugiere depresión severa, angustia, agitación y con tendencia a perder el control de las situaciones. Sufre de delirios de persecución y sentimientos de inferioridad. Es de importancia poner atención a este tipo de combinación pues generalmente se observa en psicóticos depresivos que de alguna manera presenta esquizofrenia, además de trastornos de ansiedad.

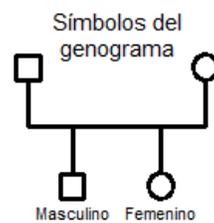
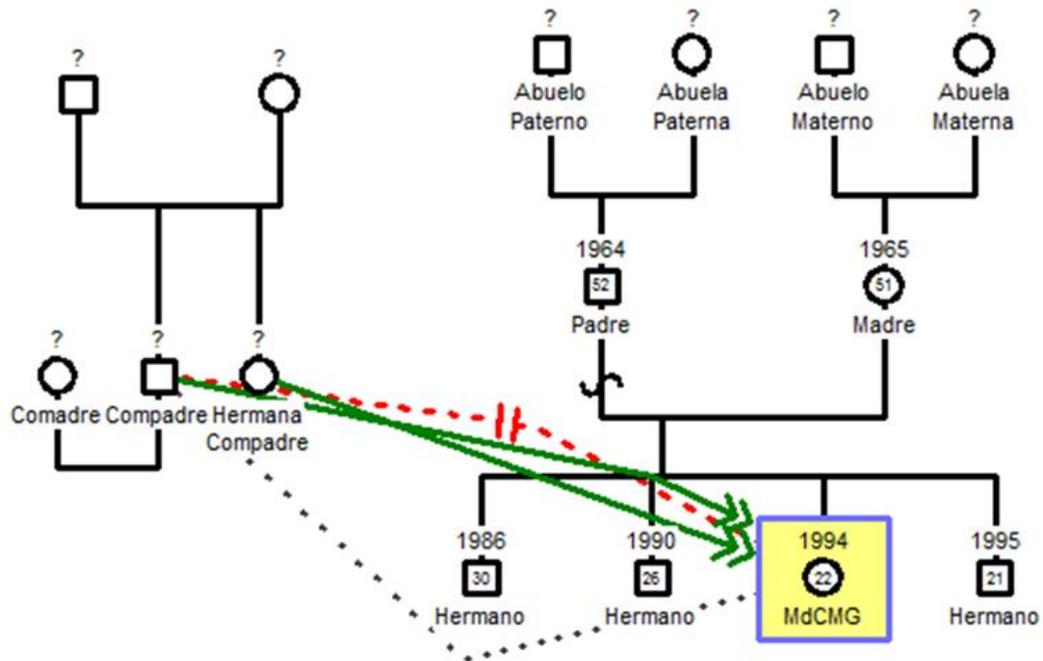
IMPRESIÓN CLINICA

- 1. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.**
- 2. TRASTORNO CICLOTÍMICO.**
- 3. APEGO EVITATIVO.**

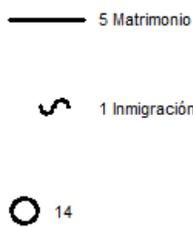
La depresión y la ansiedad le producen confusión y dificultad en la concentración y atención. Aislamiento y disminución de las actividades diarias y presenta ideas suicidas.

CASO 3. GENOGRAMA SISTEMA FAMILIAR M.d.C.M.G.

SISTEMA FAMILIAR DE M.d.C.M.G.



Legendas de relaciones familiares



Ana Beatriz Villola Espino
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SALUD MENTAL
 Colegiada 6420

INTERPRETACIÓN DEL GENOGRAMA

COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Creció con dos tipos de familias, la familia nuclear integra y familia reconstituida con cuidadores principales para la mujer eje. Es la única hija mujer y creció con tres hermanos varones, lo que la ha predestinado a luchar por tener obtener un rol en la familia. Por haber crecido con hombres tiene mucha experiencia con el sexo opuesto.

ADAPTACIÓN AL CICLO VITAL

Con la presencia de 4 matrimonios, 2 matrimonios de abuelos paternos y maternos, el matrimonio de los padres. Por último, el matrimonio del compadre de los padres quien fungió como cuidador principal y con quien existe un distanciamiento.

REPETICIÓN DE PATRONES.

No hay repetición de patrones porque la información familiar es muy poca.

SUCESOS DE LA VIDA Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

El suceso importante en este sistema familiar se da cuando ambos padres emigran hacia los Estados Unidos y M.d.C.M.G. junto a sus hermanos quedan bajo la tutela del compadre de sus papás.

PAUTAS VINCULARES Y TRIÁNGULOS

La información obtenida de M.d.C.M.G. crea una triangulación padres-madre/hija, con el ciclo vital de la familia en donde la hija tomó la posición de “chivo expiatorio”/”mujer enferma” para llamar la atención de sus padres.

EQUILIBRIO Y DESEQUILIBRIO FAMILIAR

En este sistema familiar hay un desequilibrio familiar, el cual existe desde que el padre emigró por primera vez a Estados Unidos. El desequilibrio fue fluctuante puesto que estaban juntos como familia por temporadas cortas, pero termino de colapsar este sistema familiar desde el momento en el que ambos padres emigraron a Estados Unidos y sus hijos fueron cuidados por el compadre de ellos y por la hermana de él. Creciendo así M.d.C.M.G. con una carencia de afecto ella y sus hermanos.

VIII. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se realizó un estudio cualitativo y cuantitativo de tipo exploratorio, en el cual se aplicó a 40 mujeres el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, estudiantes de primero, segundo y tercer año de la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente –CUNORI-.

De 299 mujeres que estudian en los primeros tres años de la carrera de Médico y Cirujano, el 13% fueron criadas por cuidadores principales y el resto de mujeres (87%) fueron criadas por sus padres. Las principales razones por las que fueron criadas por cuidadores fueron, porque sus padres emigraron buscando mejores oportunidades de empleo, vienen de familias en donde ambos padres trabajan a tiempo completo y en tercer lugar porque son hijas de madres solteras que tienen que trabajar para que sus hijos tengan un futuro prometedor.

De 40 mujeres estudiadas el 45% fueron criadas por abuelos, el 30% por personas de servicio doméstico, el 10% de dichas mujeres fueron criadas por amigos, otro 10% por hermanos mayores y por último el 5% de las mujeres en estudio fueron criadas por hermanos de los padres.

El estudio de exploración del diagrama familiar realizado en Chile en el 2005, indica que crecer con cuidadores crea una alteración en el orden jerárquico estructural presente transgeneracional. El funcionamiento de la abuela materna como madre, conlleva un desajuste en el orden estructural en las generaciones posteriores: hermanos que funcionan como hijos, madres que funcionan como hermanas, primos que funcionan como tíos, tíos que funcionan como hermanos, dificultando a las mujeres el ejercicio del rol esperado a partir de la estructura del sistema.

Se observó que la mayoría de mujeres estudiadas pertenecen al primer año de la carrera de Médico y Cirujano con el 63%, esto se debe a que hay una mayor cantidad de estudiantes, seguido de un 23% del segundo año y el menor porcentaje de mujeres criadas por cuidadores se encontró en el tercer año con un 15%.

El 97% presentó síntomas psicopatológicos con respecto al 3% que no presentó alteraciones, confirmando la premisa que ser criado por cuidadores en la infancia repercute en la vida provocando el desarrollo de trastornos psicopatológicos. Siendo el trastorno psicopatológico con más frecuencia la Esquizofrenia (Es) con un 28%, seguido de la Desviación Psicópata (Dp) con un 20%, la Depresión (D) y Manía (Ma) fueron diagnosticadas en un 13% cada una y un 8% presentó Psicastenia (Pt). El simple hecho de no calificar como 'familia convencional' no con lleva necesariamente disfunciones o patologías asociadas. Lo que implica que estas mujeres deben recibir atención especializada; puesto que al no recibir un tratamiento adecuado esto puede repercutir de forma desfavorable en su vida, en sus relaciones interpersonales, en el rendimiento académico.

El 60% de las mujeres entrevistadas presentó apego desorganizado, el 20% padece apego evitativo y por último se encontraron con un 10% el apego seguro y con un 10% el apego ambivalente. El apego desorganizado no es una patología en sí misma, sino más bien podría ser considerado un proceso que dificulta la organización de la experiencia psicofisiológica, emocional, cognitiva y relacional predisponiendo a la persona a experimentar mayores dificultades para regular las situaciones estresantes propias de la vida. Esto se debe a que el apego desorganizado es más común en personas en las que su niñez fue traumática porque no recibieron afecto adecuado y además fueron criados por padres estrictos o por cuidadores principales.

La combinación presente con mayor frecuencia en las mujeres criadas por cuidadores la 4-8 con un 15% según el MMPI ésta combinación sugiere un Trastorno Esquizoide de la Personalidad – Trastorno Antisocial de la Personalidad, con problemas para establecer relaciones personales, desconfiados y desadaptación crónica.

Seguido de las combinaciones 6-8 que infiere Esquizofrenia tipo paranoide y quien la padece presenta alucinaciones auditivas y pensamientos distorsionados de la realidad, con conducta imprevisible y vienen de hogares en donde los padres se separaron y crearon vínculos de dependencia con la persona que los cuidó.

8-9 Esquizofrenia residual y distimia se caracteriza porque prevalece una inadecuada relación con los padres, constantemente con sentimientos de resentimiento hacia los padres y distanciamiento con los hermanos. Esta combinación sugiere a pacientes que manejan su incapacidad o miedo a relacionarse por medio de la distracción, falta de concentración, presentan trastornos del pensamiento, angustia, aislamiento, entre otras.

8-2 Depresión severa el cual sugiere angustia, agitación y con tendencia a perder el control de las situaciones, ocasionalmente delirios de persecución y sentimientos de inferioridad. La depresión y la ansiedad le producen confusión y dificultad en la concentración y atención. Cada una de las tres combinaciones anteriores con el 8% de casos.

Combinación 4-9 Perfil Psicótico – Maniaco/Depresivo son personas impulsivas, no piensan en sus actos, indulgentes, egocéntrico. Necesitan atención y afecto, puesto que en su infancia vivían sin ninguna restricción de acuerdo con los principios del placer. Fueron muy consentidos en la niñez.

8-1 Manifestaciones Psicóticas, infiere a personas que padecen malestares físicos de naturaleza rara. Sufren delirios somáticos como sistema de defensa.

Con el 5%, 2-3 Maniaco-Depresivo sugiere que las personas con esta combinación son con dificultad para expresar sentimientos, inseguras e indecisas, con un cuadro depresivo intenso, debilidad, apatía y tensión. Así mismo la combinación 2-1 con un 5%, sugiere un Trastorno Somatoforme, en esta combinación son personas con un gran número de dolencias y padecimientos. Por último 17 mujeres (43%) agrupadas en diversas combinaciones.

En el primer año de la carrera de Médico y Cirujano, la escala clínica más común en las mujeres estudiadas, fue la Depresión con un 13%, en las mujeres de segundo año se encontró la Esquizofrenia 13% y en el tercer año la escala clínica más común fue Desviación Psicópata con un 7%.

Mientras aumenta el año académico, más complejo es el trastorno psicopatológico presente en dichas mujeres, debido a la carga emocional adquirida durante la vida y el proceso de formación, que se torna cada vez más complejo, conforme se aprueban los años en dicha la carrera universitaria. Realmente es alarmante puesto que estas mujeres se preparan académicamente para en la prevención y tratamiento de enfermedades que afectan al ser humano y en el alivio de los síntomas de las enfermedades actualmente incurables.

De manera cualitativa, se realizaron 10 entrevistas clínicas semiestructuradas, a aquellas mujeres con trastornos psicopatológicos, según resultados del MMPI. Estas entrevistas fueron analizadas y exploradas con genogramas. El análisis fue realizado en conjunto con un máster en psicología clínica. Únicamente 2 mujeres aceptaron que la entrevista fuese grabada, de las 8 entrevistas clínicas restantes, se dejó constancia escrita. Tomando 3 entrevistas como reseña.

Los síntomas que padecen con frecuencia las mujeres entrevistadas, 9 mujeres refirieron sentir tristeza, 7 mujeres padecen nerviosismo, 7 sienten decepción, 6 mujeres sienten falta de aceptación por personas que las rodean, 5 mujeres refirieron sensación de vacío, 4 presentan comúnmente llanto sin motivo alguno y por último 3 sienten rabia y únicamente 3 mujeres se sienten frecuentemente alegres. Estas emociones que se padecen con frecuencia dan lugar a trastornos psicopatológicos, que pueden no ser evidente para los demás.

Las mujeres ahora son capaces de enfrentar problemas y resolver conflictos, sin dejar de sentir y ser vulnerables, porque han sido preparadas desde los inicios de la humanidad para ser protegidas.

IX. CONCLUSIONES

1. Según el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), de 40 mujeres que crecieron con cuidadores principales, se encontró que el 97% desarrolló en su vida adulta síntomas psicopatológicos, y tan solo un 3% no presentó alteración alguna.
2. Luego de aplicar el MMPI, el trastorno psicopatológico que más padecen las mujeres estudiadas fue la Esquizofrenia con un 28%, seguido de la Desviación Psicópata con un 20%, la Depresión y Manía fueron diagnosticadas en un 13% cada una y un 8% presentó psicastenia.
3. Los síntomas que padecen con frecuencia las mujeres entrevistadas fueron, tristeza, nerviosismo, decepción, falta de aceptación por personas que las rodean, sensación de vacío, llanto sin motivo alguno, rabia y alegría.
4. Según el análisis de las 10 entrevistas clínicas, 6 de las mujeres entrevistadas presentó apego desorganizado, seguido por el apego evitativo con un número de 2 mujeres y por último se encontró una mujer que padece apego seguro y una mujer con apego ambivalente.
5. El enfoque cualitativo, por medio de la entrevista semiestructurada y el genograma, validó la hipótesis que sugería que las mujeres criadas por cuidadores desarrollaron trastornos psicopatológicos, puesto que ambos son herramientas complejas, multifuncionales, porque integraron los resultados existentes del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota y las historias relatadas por las pacientes.

6. La construcción de cada sistema familiar por medio de los genogramas constituyó un paso fundamental e imprescindible en el proceso de exploración de la relación de las mujeres entrevistadas con sus cuidadores principales. Indicando que transgeneracionalmente las mujeres tuvieron una relación de amor y armonía. El funcionamiento de la abuela materna como madre, conllevó a un desajuste en el orden estructural en las generaciones posteriores: hermanos que funcionan como hijos, madres que funcionan como hermanas, primos que funcionan como tíos, tíos que funcionan como hermanos. La relación con el padre o quién desarrolló el rol de padre, generalmente fueron relaciones conflictivas, distantes o con abuso emocional. Además en la mayoría de mujeres entrevistadas la relación con los cuidadores principales fue de armonía, existiendo un solo caso en donde esta relación se rompió.

X. RECOMENDACIONES

1. Socializar los resultados con las autoridades del Centro Universitario de Oriente (CUNORI) y las autoridades de la carrera de Médico y Cirujano de CUNORI, dando a conocer así la problemática del caso.
2. Un estudiante con Salud Mental óptima disminuye el índice de repitencia en los primero tres años de la carrera de Médico y Cirujano, y mejora la calidad de atención al paciente. Motivo por el cual se propone a los estudiantes del curso de Salud Mental continuar el estudio, incluyendo a toda la población de estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano, puesto que como se puede apreciar en el estudio, existe una muy buena cantidad de alumnos con síntomas psicopatológicos, repercutiendo en la vida misma de los estudiantes, en sus relaciones interpersonales y en su desempeño académico.
3. Se recomienda a las autoridades del Centro Universitario de Oriente (CUNORI) la creación de una clínica psicológica de atención permanente en las instalaciones de CUNORI, para poder atender y minimizar riesgos en casos de síntomas psicopatológicos; además de fomentar estilos de vida saludables en los estudiantes de CUNORI.
4. Promover la utilización de diferentes test diagnósticos, como método de evaluación psicológica para los aspirantes de la carrera de Médico y Cirujano – CUNORI-. Es importante tener presente que en esta carrera preparan académicamente para la prevención y tratamiento de enfermedades que afectan al ser humano; los resultados obtenidos en este estudio, demuestran que a medida que se aprueban los años de estudio, más complejos son los trastornos psicopatológicos que se presentan.

XI. PROPUESTA

CREACIÓN DE UNA CLÍNICA PSICOLÓGICA DE ATENCIÓN PERMANENTE EN LAS INSTALACIONES DE CUNORI

Los trastornos psicopatológicos en los estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano, son de gran relevancia ya que afectan no sólo la calidad de vida de los estudiantes y su entorno, sino también la calidad de las capacidades profesionales que estos adquieren durante su fase de adiestramiento y por tanto pueden afectar directamente el servicio que brindan a la población.

En la carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente -CUNORI-, el 97% las mujeres desarrollaron trastornos psicopatológicos; el trastorno psicopatológico que más padecen las mujeres estudiadas fue la Esquizofrenia con un 28%, seguido de la desviación psicópata con un 20% y la depresión y manía fueron diagnosticadas en un 13% cada una. Además conforme el año académico aumentan los trastornos psicopatológicos padecidos por éstas, se tornan más complejos; este aumento, puede reflejar las intensas presiones académicas y sociales a las que están expuestos los estudiantes de Medicina.

Los resultados obtenidos del presente estudio, se darán a conocer a las autoridades del Centro Universitario de Oriente y autoridades de la carrera de Médico y Cirujano.

Así mismo se programará una reunión con las autoridades del Centro Universitario de Oriente, la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos, para la creación de una clínica psicológica de atención permanente en las instalaciones de CUNORI, la cual sea atendida por EPS de Psicología.

Al mismo tiempo se implementará una línea basal sobre los principales signos de alarma en la Salud Mental, para la aplicación de pruebas diagnósticas a todos los estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano.

Por último, en espera del cumplimiento y realización de la gestión, se hará una donación y distribución de trifoliales, los cuales contienen material de información sobre signos de alarma en la Salud Mental.

Con el fin de establecer estrategias de promoción y prevención en salud mental acordes con las características y necesidades de la población estudiantil universitaria.

OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

FASE 1: A NIVEL DE CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE –CUNORI-

Hacer un taller de socialización teniendo como objetivo lo siguiente:

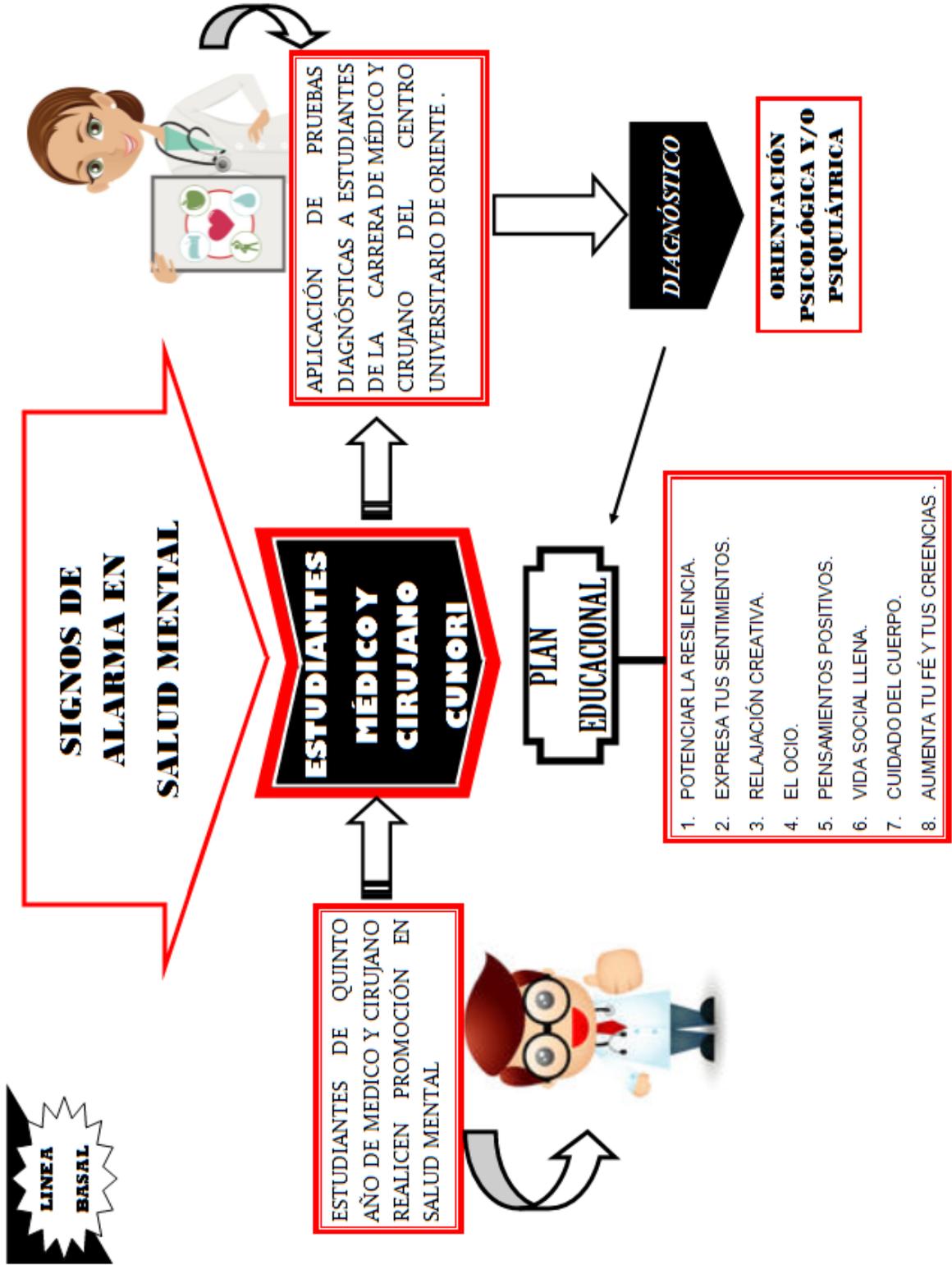
- 1.** Dar a conocer los resultados del presente estudio a las autoridades del Centro Universitario de Oriente y autoridades de la carrera de Médico y Cirujano, para dejar constancia que actualmente hay una problemática que aqueja seriamente a la población estudiantil.
- 2.** Solicitar un proceso de negociación entre las autoridades del Centro Universitario de Oriente, la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos, para la creación de una clínica psicológica de atención permanente en las instalaciones de CUNORI e incluir EPS de Psicología.
- 3.** Implementar la línea basal sobre los principales signos de alarma en la Salud Mental, para la aplicación de pruebas diagnósticas a todos los estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano.

FASE 2: A NIVEL DE CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

En espera del cumplimiento y realización de la gestión:

- 1.** Donar y distribuir trifoliales sobre signos de alarma en la Salud Mental, entre estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano.
- 2.** Realizar una manta vinílica y colocarla en el Centro Universitario de Oriente para crear conciencia a los estudiantes de la carrera de Médico y Cirujano sobre dicha problemática.

FASE 1.



FASE 2.

MEDIDAS PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL

- 1. POTENCIAR LA RESILIENCIA:** Capacidad que tiene una persona para superar circunstancias traumáticas.
- 2. EXPRESA TUS SENTIMIENTOS:** No guardes rencores, ni experiencias negativas.
- 3. RELAJACIÓN CREATIVA:** Ejercicios de relajación física y mental, con el objetivo de mejorar nuestro bienestar.
- 4. EL OCIO:** Disfruta del tiempo libre de una forma eficiente y agradable.
- 5. PENSAMIENTOS POSITIVOS:** Ser positivos con una actitud tolerante ante la adversidad, a las situaciones difíciles y tener el autoestima alta te ayudaran a superar obstáculos.
- 6. VIDA SOCIAL LLENA:** Los lazos sociales fuertes con familia, amigos y compañeros, hace personas felices, enérgicas y positivas.
- 7. CUIDADO DEL CUERPO:** Buen descanso, dormir suficiente, adecuada alimentación y ejercicio físico.

SIGNOS DE ALARMA EN SALUD MENTAL

"La mente es como el agua. Cuando está calmada y en paz puede reflejar la belleza en el mundo, y cuando está agitada, puede tener al paraíso enfrente y no lo refleja".

David Fishman.

Un trastorno mental o del comportamiento se caracteriza por una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales (OMS, 2006).



XII. BIBLIOGRAFIAS

- Aldoney Ramírez, D. 2005. Exploración del diagrama familiar, en sistemas familiares de mujeres criadas por sus abuelas, a la luz de la teoría de los sistemas naturales: un estudio de casos (en línea). Tesis Lic. Psicología. Santiago de Chile, Chile, Universidad Católica de Chile. p. 1-4, 66-68. Consultado 14 abr. 2015. Disponible en http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/aldoney_d/sources/aldoney_d.pdf
- Barroso Braojos, O. 2014. El apego adulto: la relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja (en línea). Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia 4 (1):1-25. Consultado 7 ago. 2016. Disponible en http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Apego_Adulto.pdf
- Delicado Useros, M; García Fernández, MA; López Moreno, B; Martínez Sánchez, P. 2001. Cuidadoras informales: una perspectiva de género (en línea). Revista Enfermería Universidad de Castilla-La Mancha (13). Consultado 7 ago. 2016. Disponible en https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2013/cuidadoras_informales.htm
- Fernández, G; Herrero, R; Marconi, A. 2010. Inventario multifásico de personalidad de Minnesota: Guía para la administración e interpretación del MMPI-2 (en línea). Buenos Aires, Argentina, UBA, Facultad de Psicología. p. 1-2 Consultado 18 abr. 2016. Disponible en http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/059_psicometricas1/tecnicas_psicometricas/archivos/f5.pdf
- García, M. 2007. El genograma en psicología (en línea). Valencia, España, UNED/Tecnología Social. Consultado 18 abr. 2016. Disponible en <http://news.psykia.com/content/el-genograma-en-psicolog%C3%AD>

Gutiérrez, A. 2006. Inventario multifacético de la personalidad de Minnesota (MMPI-2): resumen (en línea). Versión adaptada. Salamanca, España, USAL. p. 2. Consultado 18 abr. 2016. Disponible en https://medicionpsicologica.files.wordpress.com/2015/07/gutierrez-a_ficha-guia-del-mmmpi-2.pdf

Jeste, D; Liberman, J; Fassler, M; Peele, R. 2013. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-V-TR. Barcelona, España, American Society Academy, Editorial Médica Panamericana. p. 31-715.

Lorenzini, N.; Fonagy, P. 2012. Apego y trastornos de la personalidad (en línea). Mentalización Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia 1(2): 1-44. Consultado 28 mar. 2016. Disponible en http://revistamentalizacion.com/ultimonumero/apego_y_trastornos_de_la_personalidad_breve_revision.pdf

Núñez de Arco M, J.; Viveros G, V. 2004. Manual de interpretación del inventario de personalidad (en línea). Sucre, Bolivia, Universidad del Valle. p. 3-18. Consultado 18 abr. 2016. Disponible en <http://www.nunezdearco.com/PDF/MMPI%20Nu%F1ez.pdf>

OMS (Organización Mundial de la Salud, Suiza). 2014. Salud mental: trastornos mentales (en línea, sitio web). Ginebra, Suiza, WHO. Consultado 14 abr. 2015. Disponible en http://www.who.int/mental_health/management/es/

OMS (Organización Mundial de la Salud, Suiza). 2013. Salud mental: un estado de bienestar (en línea, sitio web). Ginebra, Suiza. WHO. Consultado 14 abr. 2015. Disponible en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

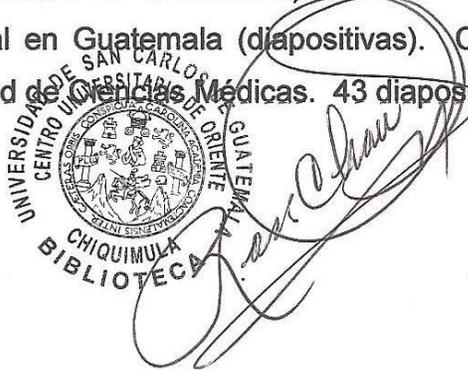
Parajua, P.; Magarinos, M. 2000. Clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, España, Editorjal Médica Panamericana. p. 317

Pinazo-Hernandis, S; Lluna, J. 2011. Menores criados por sus abuelas: mejora de la pautas de cuidado a menores en acogimiento familiar en familia extensa a través de un programa de intervención psicoeducativo (en línea). Revista sobre la infancia y la adolescencia 1: 14-34. Consultado 1 ago. 2015. Disponible en <http://polipapers.upv.es/index.php/reinad/article/view/834/904>

Robles Martínez, B. 2008. La infancia y la niñez en el sentido de identidad: comentarios en torno a las etapas de la vida de Erik Erikson (en línea). Revista Mexicana de Pediatría 75 (1): 29-34. Consultado 1 ago. 2016. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2008/sp081g.pdf>

Urrutia Boguerín, J. 2013. Centro de salud mental para la ciudad de Guatemala, basado en un sistema de puerta abierta. Tesis Arq. Diseño. Guatemala, URL. 185 p.

USAC (Universidad de San Carlos de Guatemala). 2012. Epidemiología de los trastornos de salud mental en Guatemala (diapositivas). Ciudad de Guatemala, Guatemala, USAC, Facultad de Ciencias Médicas. 43 diapositivas, color.



XIII. ANEXOS

ANEXO 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO.

No. De Carné. _____.

Chiquimula ____ de ____ 2016.

Por medio de esta carta yo:
_____ estudiante del _____

año de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, acepto participar voluntariamente en el proyecto de investigación titulado: TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN MUJERES, DESARROLLADOS EN LA INFANCIA POR HABER CRECIDO CON CUIDADORES PRINCIPALES.

Es de mi conocimiento que el objetivo el estudio es Establecer la relación existente entre las mujeres que crecieron con cuidadores principales y el desarrollo de síntomas psicopatológicos en la vida adulta.

El Investigador me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial por lo tanto, acepto libremente participar en este estudio.

Firma del Estudiante

ANEXO 2

PERFIL Y SUMARIO DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA.

CASO 1.

PERFIL Y SUMARIO

MMPI 2-4 INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español
Storke R. Hathaway y J. Chormley McKinley

Nombre: C.H. Quijumbala (letra de molde) F Femenino

Dirección: Estudiante Fecha de la Prueba: 13-07-16

Ocupación: Primer Año Médico y Cirujano

Años escolares o estudios cumplidos: 17 años Referido por: Medico y Cirujano

Estado Civil: 17 años

NOTAS

LT 50
FT 68
KT 49
1T 54
2T 47
3T 59
4T 57
5T 52
6T 63
7T 47
8T 46
9T 55
0T 45

Fracciones K	K		
	1	2	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

Femenino

PUNTAJES EN BRUTO

L	11	12	9	17	24	5	35	12	11	8	17	20	
F	4	11	12	9	17	24	5	35	12	11	8	17	20
K	4	11	12	9	17	24	5	35	12	11	8	17	20
1	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
2	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
3	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
4	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
5	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
6	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
7	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
8	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
9	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
10	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

Agregar factor K 6
Puntaje corregido 15

PERFIL Y SUMARIO DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA.

CASO 2.

PERFIL Y SUMARIO

MMPI INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español
 Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre: M. G. R. M. (letra de nombre) F
Femenino

Dirección: Chiquarimula

Ocupación: Estudiante Fecha de la Prueba: 14-07-16

Años escolares o estudios cumplidos: 3er. Año.

Estado Civil: Soltera Edad: 19a Retenido por: Médico y Cirujano

NOTAS

↓ T53
 FT 66
 KT 64
 1 T64
 2 T82
 3 T59
 4 T68
 5 T51
 6 T68
 7 T83
 8 T84
 9 T70
 0 T62

Fracciones K	1	2	3	4	5
30	15	12	6		
29	15	12	6		
28	14	11	6		
27	14	11	5		
26	13	10	5		
25	13	10	5		
24	12	10	5		
23	12	9	5		
22	11	9	4		
21	11	8	4		
20	10	8	4		
19	10	8	4		
18	9	7	4		
17	9	7	3		
16	8	6	3		
15	8	6	3		
14	7	6	3		
13	7	5	3		
12	6	5	2		
11	6	4	2		
10	5	4	2		
9	5	4	2		
8	4	3	2		
7	4	3	1		
6	3	2	1		
5	2	1			
4	2	1			
3	2	1			
2	1	1			
1	1	1			
0	0	0			

Puntaje en bruto: 5 10 20 10 36 24 14 25 25 21 25

Agregar factor K: 8 24 20 20 4

Puntaje corregido: 20 24 43 43 25

PERFIL Y SUMARIO DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA.

CASO 3.

Nombre M. d. C. M. G. F
(letra de poides)
Dirección Chiquimula.
Ocupación Estudiante. Fecha de la Prueba 14-07-16
Años escolares o estudios cumplidos Segundo Año
Medico y Creyano
Estado Civil Edad 22 años Referido por

NOTAS

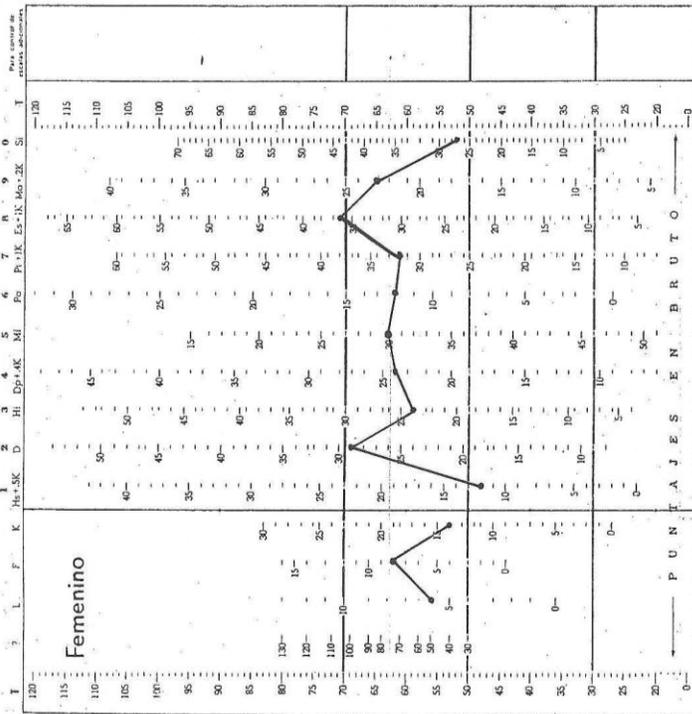
LT 56
 FT 62
 KT 52
 IT 48
 OT 69
 ST 59
 AT 62
 UT 63
 VT 62
 WT 61
 XT 71
 YT 65
 OT 52

PERFIL Y SUMARIO

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

MMPI 2-4



Scale	Score
1	60
2	50
3	45
4	40
5	35
6	30
7	25
8	20
9	15
10	10
11	10
12	10
13	10
14	10
15	10
16	10
17	10
18	10
19	10
20	10
21	10
22	10
23	10
24	10
25	10
26	10
27	10
28	10
29	10
30	10
31	10
32	10
33	10
34	10
35	10
36	10
37	10
38	10
39	10
40	10
41	10
42	10
43	10
44	10
45	10
46	10
47	10
48	10
49	10
50	10



ANEXO 3

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA (MMPI).

MMPI
2-2

NO ABRA ESTE FOLLETO HASTA QUE SE LE INDIQUE

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MMPI-Español

Dr. S. R. HATHAWAY y Dr. J. C. MCKINLEY

Traducido por A. Bernal, A. Colón, E. Fernández, A. Menz, A. Torres y E. Torres,
el Personal Técnico del Centro de Orientación de la Universidad de Puerto Rico,
con la colaboración del Dr. Starke R. Hathaway

Adaptación para América Latina por el
Dr. Rafael Núñez, México

Este inventario consta de oraciones o proposiciones
enumeradas. Lea cada una y decida si, en su caso, es
cierta o falsa.

Usted debe marcar las respuestas en la hoja de con-
testaciones. Fijese en el ejemplo que aparece al la-
do derecho. Si la oración es CIERTA o, más o menos
CIERTA en su caso, rellene con lápiz el círculo en el
renglón C (Cierto), vea el ejemplo 1. Si la oración es
FALSA o, más o menos FALSA en su caso rellene el
círculo en el renglón F (Falso), vea el ejemplo 2. Si la
oración o proposición no se aplica a usted o si se trata de algo que des-
conoce, no haga marca alguna en la hoja de contestaciones.

Trate de ser SINCERO CONSIGO MISMO y use su propio criterio.
No deje de contestar ninguna pregunta si puede evitarlo.

Al marcar su respuesta en la hoja de contestaciones, asegúrese de
que el número de la oración corresponde al número de la respuesta en
la hoja de contestaciones. Rellene bien sus marcas. Si desea cambiar
alguna respuesta, borre por completo lo que quiera cambiar.

Recuerde, trate de dar alguna respuesta para cada una de las ora-
ciones.

No marque este folleto.

AHORA ABRA SU FOLLETO Y EMPIECE

1

C	<input checked="" type="radio"/>
F	<input type="radio"/>

2

C	<input type="radio"/>
F	<input checked="" type="radio"/>

Printed by El Manual Moderno, S. A.
under licence of The Psychological Corporation
© 1959, Copyright 1943, by
the University of Minnesota
All rights reserved.
D.R. © 1967 por El Manual Moderno, S. A.

USO PARA DOCENCIA

Impreso en México



1970

INTERPRETACION DE RESULTADOS DEL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA.

ESCALAS CLÍNICAS

1. HIPOCONDRIA (HS): T 21-49 presentan quejas o molestias somáticas y muestran poco interés acerca de su propia salud personal; son personas alertas, optimistas y efectivas en sus vidas. T 50-59 son realistas acerca de su salud y pocas manifestaciones de sintomatología somática. T 60-74 expresan interés significativo acerca de su salud; otras presentan que las somáticas difusas y preocupación por su salud. T 75-84 se encuentran personas con interés prominente acerca de la integridad física y un gran número de preocupaciones somáticas. 85 son personas con preocupaciones somáticas numerosas de naturaleza crónica, presentan, fatiga funcional y debilidad (Núñez y Viveros, 2004).
2. DEPRESIÓN (D): T 28-44 son personas optimistas, activas, sociables. No presentan inhibiciones que le ocasionen hostilidad a los demás. T 45 perspectivas de la vida dentro de un equilibrio de optimismo y pesimismo; se caracterizan también por tener muchas energías y entusiasmo. T 60-69 personas levemente depresivas y pesimistas. T 70-79 se preocupan por minuciosidades. T 80 pacientes con depresión severa, se caracterizan por tener una conducta indecisa y aislamiento, anorexia e insomnio (Núñez y Viveros, 2004).
3. HISTERIA (Hy): T 24-44 presentan negación de las relaciones interpersonales adecuadas y una actitud cínica con la gente. Conformistas y carentes de tacto social. 45-59 no se encuentran significados consistentes a este nivel. T 60-69 tendencia a la somatización durante periodos de tensión. Egoístas, necesitan percibirse de manera favorable. T 70-75 inmadurez, egocentrismo, tendencia a la sugestión y exigencia. T 76-85 desarrollan síntomas conversivos después de periodos prolongados de tensión. Molestias somáticas, inseguridad y madurez. T 85 inmadurez, egocentrismo, exigentes, falta de comprensión (Núñez y Viveros, 2004).

4. DESVIACIÓN PSICOPÁTICA (Pd): T 20-44 personas convencionales y conformistas, pasivas y reservadas, moralistas y muestran poco interés. T 45-59 grado de conformismo a las reglas sociales. T 60-69 individuos independientes e inconformes, no son impulsivas, son enérgicas y activas. T 70-79 individuos rebeldes, resentidos en inconformes. Con tolerancia a la frustración limitada, insatisfechas, e inadaptadas a la sociedad. Impulsivas, superficiales. T79- cuadro clásico de personalidad psicópata. Carecen de juicio social, se benefician de la experiencia, la conducta antisocial y conflictos con figuras de autoridad. Se interesan en los demás para sus propios intereses (Núñez y Viveros, 2004).
5. MASCULINIDAD-FEMINIDAD (MF): MUJERES. T 20-40 son pasivas, sumisas, restringidas y parecen tener lástima de sí mismas. T 41-55 mujer de clase media con intereses vocacionales. T 56-65 poseen características de gran seguridad, capacidad en la competencia, gran actividad. T 66- confiadas en sí mismas, espontáneas y desinhibidas. Se encuentran en ocupaciones que normalmente son masculinas, dominantes agresivas y toscas (Núñez y Viveros, 2004).
6. PARANOIA (PA): T 27-44 personas difíciles, testarudas, obstinadas, persistentes, demasiado sensibles con antagonismos personales. Desconfianza exagerada. T 45-59 son considerados con los demás, flexibles e insensibles. T 55-59 alertas, sensibles y astutas. T 60-69 hipersensibilidad, rigidez y sentimientos de limitación y presión ante aspectos sociales. Desconfiados y resentidos. Hostiles. T 70-79 proyección de culpa y hostilidad. Son personas rígidas, hipersensibles, rasgos paranoides. T 80 ideas de persecución y relaciones interpersonales inadecuadas.
7. PSICOSTENIA (PT): T 45-49 son personas capaces para realizar trabajos, no presentan dudas en sus actitudes como tampoco preocupaciones indebidas. T 60-74 el perfeccionismo, el orden, responsabilidad, autocrítica, ansiedad, indecisión. Racionalización ineficiente e intelectualización sin propósito aparente. T 75-84 religiosidad extrema, moralistas, meticulosos e insatisfechos con sus vidas y con sus relaciones sociales. Ansiedad severa y tensión. T 85 meditación, temores, obsesiones, compulsiones y fobias, además de todo lo descrito en el cuadro anterior (Núñez y Viveros, 2004).

8. ESQUIZOFRENIA (Es): T 21-44 a este nivel se observa interés en la gente y asuntos prácticos, convencionales y poco imaginativos. T 45-59 son las personas que presentan intereses prácticos y teóricos. T 60-74 interese abstractos y abandonan el interés por las personas y asuntos prácticos. Pueden ser personas creativas e imaginativas. Solitarios y no se involucran con el entornos. T 74 – mentalidad esquizoide: inusuales y excéntricos, pueden mantener adaptación social y vocacional. Introversos, fantasiosos. Arriba de T 80 trastornos del pensamiento, confusión, pensamientos extraños, creencias y actividades raras (Núñez y Viveros, 2004).
9. MANÍA (Ma): T 21-44 personas con poca energía vital y disminución de la actividad. T 45-49 personas normales, actividad y energía característica de personas sanas. T 60-69 sujetos enérgicos, agradables, entusiastas, sociables y tienen la particularidad de ser amables. T 70-85 desadaptación hiperactiva con agitación marcada, irritabilidad y agresividad irracional ante la más mínima frustración. Inquietos, impulsivos, superficiales. T 85 conducta maniaca. Personas hiperactivas, hablan y caminan de manera rápida y presentan pensamientos megalomaniacos.
10. INTROVERSIÓN SOCIAL (SI): T 25-44 personas afectuosas, sociables y amistosas. T 45-49 individuos normales, que establecen relaciones sociales de naturaleza satisfactoria. T 60-E personas reservadas, tímidas en situaciones que le parecen extrañas. Arriba de T 64 personas tímidas, aisladas y cohibidas. T 70 hacia arriba, son personas inadaptados, introvertidos, solitarios y ansiosos; falta de confianza en sí mismos (Núñez y Viveros, 2004).

ESCALAS DE VALIDEZ:

Existen además cuatro escalas de validez: No sabe (?), Mentira (L), Validez (F) y Factor corrector (K). Es imprescindible reconocer que estas escalas indican la actitud de la persona al responder el inventario, es decir, la actitud hacia su propia descripción.

1. No sabe (?): Esta es una escala que se obtiene de la suma de los reactivos que la persona dejó de responder. Es decir, si una persona deja de contestar más de 30 ítems de los primeros 370, la prueba no puede calificarse (Núñez y Viveros, 2004).
2. Escala L (Mentira): escala de 15 ítems, está relacionada con el nivel cultural y de formación del examinado. T 36-55 No existen datos consistentes que puedan considerarse significativos. T 56-66 Mucha necesidad de impresionar de manera favorable y ofrecer respuestas socialmente aceptables en relación con el control de sí mismos y de principios morales establecidos. Convencionalismo, conformismo. No se dan cuenta de la manera en que su conducta impacta a otros. T 64-69 Utilizan mecanismos de represión y negación, muestran una falta de comprensión de sí mismos rigidez excesiva, se engañan a sí mismos de manera consciente. T 69-90 Utilizan de manera excesiva e ingenua los mecanismos de reposición y negación. Muestran una falta de flexibilidad en la adaptación y muy pobre tolerancia al estrés y las presiones ambientales. Su actitud hacia el mundo y hacia sí mismo es bastante histérica e infantil (Núñez y Viveros, 2004).
3. Escala F (Validez): compuesta de 64 ítems, no es una escala de personalidad, sino más bien asegura el valor que se le debe dar al conjunto de respuestas dadas. Puntuaciones altas (T por arriba de 80), respuestas ejecutadas al azar o por incapacidad del sujeto para comprender lo que está leyendo, aparentar mayor enfermedad de la que en realidad le afecta. Puede tratarse de un paciente psiquiátrico seriamente perturbado. Inconformismo o resignación ante creencias y / o costumbres políticas, sociales o religiosas. En un rango de T 70-80 sugiere, mal funcionamiento del yo, falta de interés y cooperación, mala interpretación del material leído. Puntuaciones de T 55-69, implica independencia de pensamiento y negativismo. Neuróticos agudos y trastornos del carácter. Son personas temperamentales, insatisfechas, inquietas y malhumoradas. Puntaje de 44-54 contesta de manera racional y pertinente. Presenta adaptabilidad y buen funcionamiento en otros aspectos de su vida, divergidos a las áreas de conflicto. Puntuaciones bajas (44 o menor) sugieren la mayoría de los sujetos normales y libres de tensión obtienen puntuaciones bajas en esta escala (Núñez y Viveros, 2004).

4. Escala K (Corrección): T 27-45 concepto inadecuado de sí mismos, empobrecido y lleno de insatisfacciones de relación con sus habilidades. Críticos y toscos o llanos en sus manera y su lenguaje. 46-60 equilibrio y apretura y protección hacia uno mismo, es decir, son personas libres y abiertas en su auto-descripción y que admiten sus limitaciones. 61-70 Tienen a disminuir o no darle valor a sus familiares y a las circunstancias (Núñez y Viveros, 2004).