

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGIA

**RELACIONES MUTUAS ENTRE LOS TRASTORNOS
PASIVOAGRESIVO Y OBSESIVOCOMPULSIVO**

(Muestra seleccionada al azar dentro de la población guatemalteca.)

TESIS

Presentada a las Autoridades de la Carrera
de Psicología de la División de Humanidades y
Ciencias Sociales del Centro Universitario de Occidente
de la Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

MAYRA ESMERALDA BATRES CONTRERAS

Previo a Conferirse el título de

PSICOLOGO

En el Grado Académico de

LICENCIADO

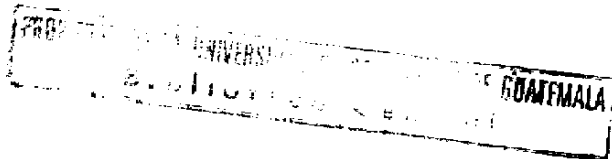
Quetzaltenango, noviembre de 1998

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGIA

AUTORIDADES

Rector	Ing. Efraín Medina
Secretario General	Dr. Mynor R. Cordón
Director del CUNOC	Dr. Miguel Francisco Cutz S.
Secretario Administrativo	Lic. Juan Antonio Díaz Morales
Directora de la División de Humanidades y Ciencias Sociales	M.A. Aixa Marisol Aguilar
Coordinadora de la Carrera de Psicología	Lic. Nery Velásquez Barreno



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE

CONSEJO DIRECTIVO

Director	Dr. Miguel Francisco Cutz S.
Secretario Administrativo	Lic. Juan Antonio Díaz Morales

REPRESENTANTES DE LOS CATEDRATICOS

Humanidades y Ciencias Sociales	M.S. Carlos A. Ramírez M.
Ciencias Jurídicas y Sociales	Lic. Eber de Jesús Maldonado Hip
Ciencias Económicas	Lic. Jorge Amílcar Tercero
Ciencia y Tecnología	Ing. Agr. Gustavo A. Búcaro
Ciencias de la Salud	Dr. Otto Rodas Méndez

REPRESENTANTES DE LOS ESTUDIANTES

Humanidades y Ciencias Sociales	Br. Edgar Leonel Fuentes
Ciencias Jurídicas y Sociales	Br. German Federico López V.
Ciencias Económicas	Br. Carlos de León
Ciencia y Tecnología	Br. José Nimatuj
Ciencias de la Salud	Br. Juan Nery Barrios
Por todos los estudiantes del CUNOC	Br. María del Rosario Paz

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE
DIVISION DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGIA**

TRIBUNAL EXAMINADOR

Director General	Dr. Miguel Francisco Cutz S.
Secretario Administrativo	Lic. Juan Antonio Díaz Morales
Directora de la División de Humanidades y Ciencias Sociales	M.A. Aixa Marysol Aguilar
Examinador Asesor	M.A. Arturo Berreondo Méndez
Examinador Revisor	M.A. María Julia Martínez de Recinos

NOTA "Únicamente el autor es responsable de las doctrinas y opiniones sustentadas en la tesis". Artículo 31 del Reglamento para Exámenes Técnico Profesionales del Centro Universitario de Occidente.

A MIS PADRINOS DE GRADUACION

Ing. Abel Alfredo Rodríguez Agreda

Dr. Daniel Fernely Moir Mérida

Dr. Luis Eduardo Pereda Camas

Ing. Samuel E. Batres Santizo

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



Ciudad Universitaria, zona 18
Guatemala, Centroamérica

Quetzaltenango,
17 de noviembre de 1,998

Licenciado
Nery Alfonso Vvelásquez Barreno
Coordinador de la Carrera de Psicología
Centro Universitario de Occidente
Pte.

Señor Coordinador:

Atento me dirijo a usted, para informarle que he asesorado el trabajo de tesis titulado: RELACIONES MUTUAS ENTRE LOS TRASTORNOS PASIVOAGRESIVO Y OBSESIVOCOMPULSIVO, (Muestra seleccionada al azar Centro de la población guatemalteca.), de la estudiante MAYRA ESMERALDA BATRES CONTRERAS, previo a optar el grado académico de Licenciada en Psicología, mismo que ha concluido satisfactoriamente en virtud de haberse realizado con las formalidades legales, investigativas y metodológicas.

El presente trabajo constituye un aporte para la carrera de Psicología, por lo que me permito DICTAMINAR FAVORABLEMENTE.

Sin otro particular me suscribo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.A. Gabriel Arturo Barroondo Méndez
A S E S O R

/ggdeb

Quetzaltenango,
Noviembre, 17 de 1998.

Lic. Nery Alfonso Velásquez Barreno,
Coordinador de la Carrera de Psicología,
Centro Universitario de Occidente,
Edificio.

Licenciado:

En base al nombramiento se revisó el Trabajo de Tesis titulado: **RELACIONES MUTUAS ENTRE LOS TRASTORNOS PASIVOAGRESIVO Y OBSESIVOCOMPULSIVO** (Muestra seleccionada al azar dentro de la población guatemalteca.), presentado por la estudiante **MAYRA ESMERALDA BATRES CONTRERAS**, previo a optar el título de Psicóloga en el grado académico de Licenciada.

Dicho trabajo es producto de investigación bibliográfica y de campo, constituyendo un valioso aporte a la Carrera de Psicología.

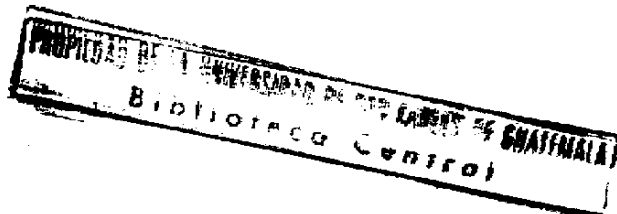
Considerando que el mismo llena los requisitos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, mi Dictamen es Favorable para los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.A. María Julia Martínez de Recinos
REVISORA

NUMER*00



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



Ciudad Universitaria, zona 12
Guatemala, Guatemala

Quetzaltenango,
17 de noviembre de 1,998

Maestra
Aixa Maryael Aguilar Hernández
Directora de División
Humanidades y Ciencias Sociales
Pta.

Señora Directora:

Por medio de la presente me dirijo a usted, para informarle lo que ha sido presentada en esta Coordinación el trabajo de tesis, titulado: "RELACIONES MUTUAS ENTRE LOS TRASTORNOS PASIVOAGRESIVO Y OBSESIVOCOMPULSIVO, (Muestra seleccionada al azar dentro de la población guatemalteca.), estudio realizado por la estudiante MAYRA ESMERALDA BATRES CONTRERAS, previo a conferirse el título en el grado académico de Licenciada en Psicología, y que mereció el dictamen favorable de la asesora, Maestra María Julia Martínez de Recinos y del revisor Maestro Gabriel Arturo Berreondo Méndez.

Por lo anterior solicito la orden de impresión de la misma, para que siga el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Lic. Mario Alfonso Velásquez Escobedo
Coordinador de la carrera
P S I C O L O G I A

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA




Ciudad Universitaria, zona 18
Guatemala, Guatemala

DIRECCION DE DIVISION HUMANIDADES Y CIENCIAS
SOCIALES, CENTRO UNIVERSITARIO DE OCCIDENTE,
Quetzaltenango, diecisiete de noviembre de mil novecientos
noventa y ocho.

Vistos los dictámenes que anteceden, el de Asesor de tesis
Maestra María Julia Martínez de Recinos, y el del
Examinador Especialista Maestro Gabriel Arturo Berreondo
Méndez, y la solicitud de impresión del Coordinador de
la Carrera de Psicología Licenciado Nery Alfonso Velásquez
Barreno, esta Dirección de División AUTORIZA LA
IMPRESION de la tesis titulada: RELACIONES MUTUAS ENTRE
LOS TRASTORNOS PASIVOAGRESIVO Y OBSESIVOCOMPULSIVO,
(Muestra seleccionada al azar dentro de la población
guatemalteca.), presentada por la Bachiller MAYRA ESMERALDA
BATRES CONTRERAS, previo a optar el grado académico de
Licenciada en Psicología, una vez aprobado el examen
correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.A. Aliza Maryael Aguilar E.
Directora de la División
HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES



/998.

ACTO QUE DEDICO

A Dios y a la Santísima Virgen

Porque han iluminado y protegido mi vida.

A mis Padres

Benjamín Alvarez (Q.E.P.D.) y Narcisa Contreras (Q.E.P.D.)

Porque espiritualmente siempre han estado en mi vida y se sientan orgullosos de mi superación.

A mis Hermanos

Alba, Eva, Ruth, Linda, Adán, Nely, Benjamín, Heidi y Judith.

Que este triunfo sea imitación para ellos y más puedan lograr.

A mi Tía

Juan Alvarez (Q.E.P.D.)

Gratitud por su amor incondicional.

A mis Sobrinos y Sobrinas

Con muchísimo cariño.

A toda mi Familia

Gracias por su confianza.

A los Licenciados de la Carrera de Psicología

Gratitud por su paciencia y orientación.

A las Familias

Ramos Valdéz, Maldonado Barrientos, López Guillén, Hermosilla,

Batres Alvarez, Rodríguez Batres, Mansilla Monterroso, Alvarez

Tobar, Valle Batres

Gracias por todo su apoyo.

A mis amigos

Lucinda, Miriam, Rey, Thelma López, Thelma Hernández, Carmencita Her-

nández, Mirna, Seño Chochi, Seño Sheni, Byron, Any, Victoria, Verónica,

Elmer, Tita, Mirzita, Edwin Bautista, Yaneth, María Otilia, Fidelina, Don

Juan, Carlos Pérez, Lili, Carlos Aguilar, Elder, Silvita y en especial a Mildred

Avila y Skarleth Rodríguez. Gracias por su incondicional amistad.

A los Esposos Rodríguez López

Dios los guíe y gracias por su amistad.

Al Personal de la Escuela Oficial No. 3 Col. La Verde

Gracias por la amistad que me brindan.

A la Secretaria de la División de Humanidades y Ciencias Sociales

Graciela Grijalva, con mucho respeto.

Al Grupo Católico Iglesia En Camino de Tecún Umán

Dios les bendiga.

A la memoria de Raúl Ruíz Alva

Siempre vivirás en el recuerdo de todos los que te conocimos.

A Usted

Quien amablemente asistió a mi graduación.

A la Carrera de Psicología

Al Centro Universitario de Occidente

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

A Coatepeque, Quetzaltenango, Tecún Umán y Guatemala

Bellos lugares donde he forjado mi vida estudiantil y profesional.

Al grupo de Compañeros con quienes viajamos a estudiar de Coatepeque a Xela, en especial a

Armando Sánchez, Melvin y Padre Bernardo.

INDICE

Página

Introducción 1

Capítulo I 3

Trastornos de la Personalidad 3

Criterios para Diagnosticar la Enfermedad Mental 4

Desarrollo Anormal 5

Trastornos de la Personalidad 6

Características Diagnósticas 8

Capítulo II 11

Personalidad Pasivo-Agresiva 11

Trastorno de la Personalidad Pasivo-Agresiva 11

Criterios para el Diagnóstico del Tratamiento Pasivo Agresivo de la Personalidad 11

Trastorno de la Personalidad Pasivo Agresiva en el Servicio Médico 12

Características Diagnósticas del Trastorno Pasivo-Agresiva 13

Síntomas y Trastornos Asociados 14

Diagnóstico Diferencial 14

Criterios de Investigación para el Trastorno Pasivoagresivo de la Personalidad 15

Capítulo III 17

Reacciones Obsesivo Compulsivas 17

Tipos de Reacción Obsesivo Compulsiva 20

Trastornos Obsesivo Compulsivo de la Personalidad 21

Síntomas y Trastornos Asociados 23

Prevalencia 24

Capítulo IV 27

Análisis Interpretativo de la Investigación de Campo 27

Interpretación General 27

Comprobación de Hipótesis 31

Conclusiones 33

Recomendaciones 35

Bibliografía 37

INTRODUCCION

Los trastornos de la personalidad son hábitos o patrones de conducta profundamente arraigados, que pueden ser reconocidos a una edad relativamente temprana. Es decir, que una persona desde hace mucho tiempo tiene una manera habitual de enfrentarse al mundo; no es por supuesto, decir que ésta exhibe conducta psicopatológica. Todos nosotros desarrollamos patrones de conducta que resultan cómodos para manejarnos a nosotros mismos dentro de nuestro medio ambiente. Pero en el individuo diagnosticado con un trastorno de personalidad, éstos patrones muestran una rigidez que con frecuencia lo llevan a comportarse de un modo que le ocasiona autofrustración.

En el presente trabajo de tesis, se analiza la personalidad agresiva: caracterizada por pasividad como por agresividad y hostilidad. El aspecto agresivo de la conducta puede expresarse de una manera pasiva, como una "hostilidad disfrazada", por ejemplo, la persona pasivoagresiva puede dificultar el trabajo de otros al ser obstructor, lento en su propio trabajo u obstinado. Debido a que no puede expresar directamente su agresión, estructura su vida de tal manera que puede decir, atónito e inocentemente: Yo no hice nada, yo sólo estaba parado ahí.

Así como también se analiza el Trastorno Obsesivo-compulsivo: Las personas que se clasifican de esta forma pueden verse impulsadas por la necesidad de alcanzar perfección y orden en todo lo que hacen.

Estos individuos también evitan la toma de decisiones, las posponen o las traspasan quizá debido a su extraordinario miedo por equivocarse.

A estos sujetos les gusta poseer bienes materiales. Tienden a no expresar sus sentimientos y casi nunca son generosos, ni regalan objetos. Las relaciones diarias con las personas tienen una cualidad convencional, formal y seria.

Por lo anterior, el presente estudio se considera de importancia y contribución para la Carrera de Psicología en virtud de que traza líneas de análisis de la personalidad.

CAPITULO I

1.1. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

INTRODUCCION

En este trabajo de Tesis se pretenden caracterizar los trastornos de Personalidad Pasivoagresivo y Obsesivocompulsivo. Además establecer el ambiente en el que se han originado éstos trastornos. Se pondrá más énfasis en su relación, es decir en la dinámica que se establece entre los individuos que padecen de éstas dolencias. Esta dinámica se estudiará en el ámbito de la familia y por extensión, en circunstancias laborales.

1.1.1. DEFINICION

La psicopatología es la definición de los trastornos en el funcionamiento de la personalidad, al principio se limitaba a reconocer las alteraciones obvias y fácilmente distinguibles en la conducta humana, en términos de acción, pensamiento y conciencia, actualmente se han expandido e incluye las variaciones en las pautas totales de la reacción del individuo ante la vida, o sea lo que reconocemos como personalidad. Las expresiones sintomáticas burdas de la conducta normal se conocen desde hace siglos, aparecen en grupos de síntomas más o menos persistentes y distinguibles, lo cual permitió a Kraepelin elaborar diversas categorías de conducta psicótica, que aún constituyen la base para definir los síndromes que, en la actualidad se reconocen como parte de la nomenclatura diagnóstica clínica.

Lo que se llama anormal no es sino una expresión exagerada o desequilibrada de lo normal. Lo más fructífero es quizá considerar que la mayoría de las manifestaciones de psicopatología no son el resultado o la expresión de alguna enfermedad, sino de una conducta o un modo de vivir que es el producto lógico (aunque indique desadaptación social) de la dotación original particular del individuo, la influencia moldeadora en el hogar las experiencias traumáticas que modifican el desarrollo de la personalidad, el stress y los problemas que surgen en el interior de la vida emocional e instintiva del individuo, la incapacidad de la persona para encarar las tensiones de los problemas mencionados, el tipo de reacciones de autodefensa que el individuo utiliza en forma habitual para hacer mínima la angustia y cualquier afección que altere la integridad o la eficiencia del organismo

biológico de la persona. Por lo tanto, los trastornos mentales deben considerarse como pautas de reacción humana cuyo movimiento se inicia ante un stress. Es un error considerar que los individuos que manifiestan síntomas nerviosos o mentales son diferentes en su organización, de los llamados normales.

Así como los objetos mecánicos se deforman cuando se someten a una tensión más allá de los límites de su elasticidad, si la personalidad se sujeta a tensiones productoras de angustia, más allá de los límites de la capacidad para adaptarse, puede desorganizarse tanto en la conducta exterior como en la conducta simbólica, todos sin duda, tenemos esferas psicológicas vulnerables al stress, no importa cuan saludable parezca ser nuestra adaptación. Si las experiencias del individuo tocan estas áreas y el grado de su naturaleza angustiante excede a la capacidad de la persona para manejar dichas tensiones por medio de los métodos de adaptación saludables, el individuo se verá obligado a enfrentar dichas tensiones con métodos neuróticos o psicóticos. Si el stress se repite o se acumula, las defensas normales de la persona ya no son suficientes y se agota su capacidad de adaptación. No obstante es incorrecto, considerar que el stress por sí solo es el factor que precipita los trastornos mentales. Tiene que tratarse de un stress particular de una persona en especial, y quizás, en un momento determinado.

1.1.2. CRITERIO PARA DIAGNOSTICAR LA ENFERMEDAD MENTAL

Las definiciones de salud mental, o de ausencia de enfermedad aunque bastante generales, son útiles para detectar la presencia de un padecimiento y el grado del mismo. Además estas definiciones han precisado una serie de cualidades de la personalidad, que son las capacidades para readaptarse ante el stress o para recuperarse de una enfermedad. La Organización Mundial de la Salud habla de "Salud" en términos amplios y la define como la presencia de bienestar físico y emocional. Para el psiquiatra, un adulto sano es una persona que muestra una conducta que confirma el hecho de que se percibe a sí mismo, o sea su identidad personal, junto con un propósito en la vida, un sentimiento de autonomía personal y una voluntad de percibir la realidad y hacer frente a sus vicisitudes. El adulto sano tiene capacidad para invertir afecto en otros, para extender sus necesidades, para lograr una relación heterosexual mutuamente satisfactoria, para ser activo y productivo con evidencia de que persiste y soporta frustraciones cuando prosigue con ciertas tareas hasta que las termina con éxito, para responder de manera flexible ante el stress, para recibir placer de diversas fuentes y para aceptar sus limitaciones en forma realista.

Al igual que en otras esferas, en el campo mental no hay límites fijos. Quizá el criterio principal para decir que hay enfermedad mental sea el grado en el cual la conducta se vuelve sustitutiva y simbólica nocivamente, al extremo en que el individuo maneja los problemas de manera neurótica y no con decisiones racionales. Las fijaciones del carácter limitan el grado en que el individuo realiza su potencial, producen la aparición de síntomas, hacen que se pierdan o se deformen las funciones que ya existían, hacen que reaparezcan conductas regresivas y deforman o empobrecen los afectos, con todo esto, la presencia de fijaciones del carácter proporciona evidencia clínica de enfermedad.

Los trastornos mentales, igual que otros fenómenos de naturaleza más limitadamente biológica como la fiebre, la inflamación y otros procesos patológicos, tienen un propósito defensivo, protector y reparador, no obstante como la enfermedad mental se relaciona en gran parte con los aspectos afectivos y psicosociales del organismo, sus fines de adaptación se encuentran en las situaciones personales.

Los síntomas de los trastornos de la personalidad representan el intento del individuo para adaptarse a la interacción de las fuerzas psicológicas, sociales y fisiológicas que hacen presión en él, o bien en el fracaso de dicho intento. Por otra parte, los síntomas representan la tentativa del individuo para esconder la verdad y no verla él mismo, retirarse de las situaciones difíciles, manejar la angustia, e ignorar el stress de la vida; pero el resultado de esta tentativa es que la persona emplea, para adaptarse, métodos sustitutivos que lo alejan de la realidad y sacrifica dicha realidad para lograr comodidad emocional, mantener el respeto hacia sí mismo o proporcionarse satisfacción de la manera más fácil. No obstante, las comodidades y las compensaciones son en exceso egoístas y a menudo perjudiciales para el grupo social, que puede incluso desaprobar tales compensaciones.

1.1.3. DESARROLLO ANORMAL

Aunque cada persona tiene sus propias características particulares que las distinguen de las demás, se ha definido como anormales a ciertos tipos generales de personalidad. En su mayor parte, los agrupamientos se basan en las descripciones clínicas, pero se necesita más estudio para comprender mejor la dinámica del desarrollo de la personalidad en cada caso en particular.

La tarea del médico y del psiquiatra, en la práctica clínica, es definir la psicopatología del paciente y después hacer el intento de comprender la génesis de la anormalidad. Como ya se ha señalado, la personalidad del enfermo determi-

na en gran parte la manera en que va a responder al stress, y en consecuencia, determina también cuáles serán las definiciones específicas de las expresiones sintomáticas de su enfermedad. Al estudiar a un paciente, debe definirse el tipo de organización de la personalidad que dicho paciente ha adquirido, con la misma precisión con que se define la psicopatología sintomática en que el individuo lleva siempre consigo.

Por lo tanto en este capítulo se inicia con una descripción de los tipos de trastorno de la personalidad que se aceptan en general. Un trastorno de la personalidad: Es un patrón flexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta gradualmente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o a principios de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

1.1.4. CLASIFICACION, SEGUN EL DSM-IV

LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD SON LOS SIGUIENTES

- **El Trastorno Paranoide de la Personalidad:** Es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás.
- **El Trastorno Esquizoide de la Personalidad:** Es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.
- **El Trastorno Esquizotípico de la Personalidad:** Es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.
- **El Trastorno Antisocial de la Personalidad:** Es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
- **El Trastorno Límite de la Personalidad:** Es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.
- **El Trastorno Histriónico de la Personalidad:** Es un patrón de emotividad excesiva y que demanda atención.

- El Trastorno Narcisista de la Personalidad: Es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
- El Trastorno de Personalidad por Evitación: Es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
- El Trastorno de la Personalidad por Dependencia: Es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.
- El Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad: Es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionamiento y el control.
- El Trastorno de la Personalidad no Especificado: Es una categoría disponible para dos casos:
 1. El patrón de la personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad y hay características de varios trastornos de la personalidad diferentes pero no se cumplen los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad.
 2. El patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación (Por ejemplo: El Trastorno Pasivo-Agresivo de la Personalidad).

Los trastornos de la personalidad están reunidos en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características.

EL GRUPO A

Incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Los sujetos con éstos trastornos suelen ser raros o excéntricos.

EL GRUPO B

Incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Los sujetos con éstos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos e inestables.

EL GRUPO C

Incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos.

1.1.5. CARACTERISTICAS DIAGNOSTICAS

Los rasgos de la personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se pone de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. La característica principal de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de la cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos.

CRITERIO A

Un patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

CRITERIO B

Provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

CRITERIO C

El patrón es estable y de larga duración y se puede descubrir que su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

CRITERIO D

El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental.

CRITERIO E

Y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una estancia.

CRITERIO F

También se proporciona criterios diagnósticos específicos para cada uno de los trastornos de la personalidad incluidos en esta sección. Los ítems en cada grupo de criterios para cada uno de los trastornos de la personalidad específicos son enumerados en orden de importancia diagnóstica decreciente según los datos relevantes sobre eficacia diagnóstica (cuando existen).

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad requiere una evaluación de los patrones de actividad del sujeto a largo plazo y las características particulares de la personalidad han de estar presentes en la edad adulta. Los rasgos de personalidad que definen estos trastornos también tienen que diferenciarse de las características que surgen como respuestas a situaciones específicas o a estados mentales más transitorios. Por ejemplo, trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, intoxicación por sustancias. El clínico tiene que valorar la estabilidad de los rasgos de la personalidad a lo largo del tiempo y en situaciones diferentes.

1.1.6. SINTOMAS DEPENDIENTES DE LA CULTURA, LA EDAD Y EL SEXO

La valoración de la personalidad debe tener en cuenta los antecedentes étnicos, culturales y sociales del sujeto. Los trastornos de la personalidad no se deben confundir con problemas asociados a la adaptación a una cultura diferente que se da tras la inmigración o con la expresión de hábitos, costumbres o valores religiosos o políticos propios de la cultura de origen del sujeto. En especial si se evalúa a alguien de una cultura diferente, resulta útil para el clínico obtener información de gente que conozca el entorno cultural del sujeto.

Las categorías de los trastornos de la personalidad pueden ser aplicables a niños o adolescentes en los casos relativamente raros en los que los rasgos de la personalidad desadaptativos particulares del individuo parezcan ser tendientes a extenderse a persistir y a no limitarse a una etapa particular del desarrollo o a un episodio del trastorno del Eje I. Habría que reconocer los rasgos de un trastorno de la personalidad que aparecen en la niñez y que a menudo no persisten de la misma forma en la edad adulta. Para diagnosticar un trastorno de la personalidad en un sujeto menor de dieciocho años, las características deben de haber estado presentes durante al menos un año. La única excepción es el trastorno antisocial de la personalidad, que no se puede diagnosticar antes de los 11 años.

Aunque, por definición, un trastorno de la personalidad requiere un inicio que no sea posterior al principio de la edad adulta, puede suceder que los sujetos no sean objeto de atención clínica hasta una edad más avanzada.

Un trastorno de la personalidad puede ser por la pérdida de personas que proporcionaban un apoyo significativo, por ejemplo: La esposa. Sin embargo, la aparición de un cambio de la personalidad en la edad media exige una evaluación completa para establecer la posible presencia de cambios de la personalidad debidos a una enfermedad médica o a un trastorno relacionado con sustancias.

Los trastornos límite, histriónico y por dependencia se diagnostican con más frecuencia en las mujeres. Aunque éstas diferencias en la prevalencia reflejan diferencias sexuales reales, cuando se den estos patrones clínicos tratar de procurar no sobrediagnosticar, infradiagnosticar ciertos tipos de trastornos de la personalidad.

CAPITULO II

1.2. PERSONALIDAD PASIVO-AGRESIVO

En este tipo la personalidad contiene una dosis considerable de agresión, sin duda de origen defensivo, pues ésta se expresa pasivamente, por ejemplo en forma de mal humor, terquedad, demoras, ineficacia y obstrucciones pasivas. Algunas personas de este tipo se quejan y están insatisfechas de todo. Suelen trabajar mal en compañía de otros y pueden producir un efecto desmoralizante sobre el grupo. Algunos han sido temerosos o han demostrado una hostilidad disimulada hacia su padre, casi siempre dominante, rígido, rechazante, exigente y difícil de complacer.

1.2.1. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD PASIVO-AGRESIVA

La personalidad pasivo-agresiva expresa sus conflictos a través de una cólera reflexionada. Como su cólera suele manifestarse por un obstruccionismo, lentitud e ineficacia, el término pasivo-agresivo se utiliza en un contexto organizativo, frecuente y peyorativamente.

1.2.2. CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL TRATAMIENTO PASIVO-AGRESIVO DE LA PERSONALIDAD

Las siguientes son características del funcionamiento actual y a largo plazo del individuo y no se limitan a episodios de enfermedad.

- A. Resistencia de las demandas de rendimiento adecuado tanto en el funcionamiento laboral como social.
- B. La resistencia se expresa indirectamente a través de por lo menos, dos de las siguientes maniobras:
 - 1. Aplazamientos.
 - 2. Pérdidas de tiempo.
 - 3. Tozudez.
 - 4. Ineficiencia Intencional.
 - 5. Tendencia al olvido.

- C. Como consecuencia de A y B se presenta una deficiencia global y de larga duración, tanto social como laboral (Se incluyen también las funciones de ama de casa y de estudiante).
- D. Persistencia de la pauta de conducta incluye las circunstancias en las que sería posible una conducta más autoafirmada y efectiva.
- E. La alteración no reúne los criterios de cualquier otro trastorno de la personalidad, y cuando es menor de 18 años, tampoco reúne los criterios del negativismo.

1.2.3. TRASTORNO DE PERSONALIDAD PASIVO AGRESIVO EN EL SERVICIO MEDICO

Los sujetos que experimentan este trastorno pueden ser motivo de gran irritación por parte de los médicos, puesto que tienden a hacer una manifestación dramática de sus sufrimientos a la vez que sólo reconocen el mínimo de la ayuda real que están recibiendo y exageran sus molestias continuas, éstos pacientes obtienen logros secundarios al conservarse enfermos: Es decir, tienen un medio para castigar las figuras autoritarias envidiadas de su vida con las que están resentidas entre ellas los médicos. Tienden a cargar la responsabilidad del médico, a la vez que ellos mismos no colaboran sutilmente con los procedimientos terapéuticos.

Tienden a olvidar las citas y a tardar en el pago de sus cuentas, y el médico encuentra que atenderlos es poco recompensador. A continuación el médico se sentirá resentido y con responsabilidad culpable, puesto que el paciente no parece mejorar ni colaborar con la ayuda ofrecida sino que sigue requiriendo al parecer su atención.

El médico debe tomarse tiempo para reconocer y comprender el sufrimiento de estos pacientes antes de dirigir la conversación hacia recomendaciones terapéuticas específicas. A continuación estos pacientes se sentirán comprendidos en vez de forzados a renunciar a su sufrimiento antes de encontrarse preparados para hacerlo. A menudo se presenta información al paciente con mayor eficacia en forma de preguntas que de afirmaciones.

Por ejemplo ¿Qué le ocurrirá a usted si no toma su medicación? O bien, ¿Qué piensa usted que sería un pago adecuado por este tratamiento? Este criterio anima la colaboración del paciente en vez de invitarlo a la rebeldía. Si los médi-

cos comprenden que estos pacientes han hecho una inversión en su enfermedad como medio para lograr pasivamente el control, necesitan a su vez no sentirse débiles o culpables porque los pacientes no parecen mejorar.

Los médicos deben estar al tanto de las formas sutiles de falta de adaptabilidad; por ejemplo, quizá los pacientes pidan deliberadamente información sobre los procedimientos terapéuticos debido que más tarde pueden culpar al médico por las dificultades del tratamiento. La discusión no punitiva y franca sobre las maneras en que los pacientes socavan de manera sutil su propio bienestar puede prevenir estos patrones pasivo-agresivos.

1.2.4. CARACTERISTICAS DIAGNOSTICAS DEL TRASTORNO PASIVO-AGRESIVO (TRASTORNO NEGATIVISTA DE LA PERSONALIDAD)

La característica esencial de este trastorno es un cuadro permanente de actitudes de oposición o resistencia pasiva ante las demandas adecuadas de rendimiento social y laboral que se inicia al principio de la edad adulta y se refleja en multitud de contextos. Este patrón de comportamientos no aparece exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explica mejor por la presencia de un trastorno distímico. Estos individuos acostumbran a mostrarse resentidos, llevan la contraria y se resisten a cumplir las expectativas de rendimiento que los demás depositan en ellos. Esta actitud de posición suele ponerse de manifiesto en el trabajo aunque también aparece en las relaciones sociales. Esta actitud de resistencia se traduce en aplazamientos, descuidos, obstinación e ineficiencia intencionada, sobre todo como respuesta a las tareas que los jefes les recomiendan. Estos individuos sabotean los esfuerzos de los demás ya que no cumplen su parte de trabajo. Por ejemplo: Un ejecutivo tiene una reunión al día siguiente, para lo cual le encarga la revisión de cierto material a uno de sus subordinados. Este extraviará o archivará incorrectamente el material, en vez de aducir que no ha tenido el tiempo suficiente para revisarlo. Las personas que presentan este trastorno suelen sentirse estafados, despreciados e incomprensidos y se pasan todo el día quejándose de los demás. Cuando surge algún problema, le achacan a los defectos de quienes les rodean. Algunos se muestran huraños, irritables, impacientes, cínicos y ecépticos, siempre dados a discutir y a llevar la contraria.

Las figuras de autoridad (por ejemplo: cargas superiores en el trabajo, profesores de escuela, padres o el miembro de pareja que encara el papel de padre), suelen convertirse en el origen de su descontento. Debido a su propensión a

llevar la contraria y a exteriorizar abiertamente sus críticas y acusaciones, ante la mínima provocación éstos individuos hacen una demostración pública de su hostilidad hacia las figuras de autoridad.

También se muestran envidiosos y resentidos hacia los compañeros de trabajo que triunfan o están bien considerados para los altos cargos, y suelen quejarse abiertamente de su mala fortuna, la visión del futuro es negativa y suelen hacer comentarios del tipo "no vale la pena ser bueno" y "las cosas buenas no duran para siempre". Estos individuos pueden moverse entre dos extremos o bien lanzan amenazas hostiles hacia quienes consideran el origen de sus problemas, o bien intentan apaciguar los ánimos de estas personas pidiéndoles excusas o asegurándoles que en el futuro trabajarán mejor.

1.2.5. SINTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Estos individuos acostumbran a mostrarse abiertamente ambivalentes, oscilando indecisos desde un extremo al opuesto. A veces, siguen un camino errático que da lugar a disputas constantes con los demás, para acabar defraudándose así mismos. La dependencia de los otros y la necesidad de autoafirmarse constituyen un conflicto típico de estos individuos, y su falta de autoconfianza es notoria a pesar de su aparente bravuconería. Para la mayoría de las situaciones preveen de peores resultados, incluso en aquellas que parecen ir bien. Esta visión catastrofista de los acontecimientos suelen provocar respuestas hostiles y negativas por parte de los demás.

1.2.6. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El DSM-IV los individuos cumplen estos criterios de investigación serán diagnosticados en el TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD NO ESPECIFICADO.

En el Trastorno Negativista Desafiante existe un patrón similar de actitudes de oposición y problemas con las figuras de autoridad, si bien suele diagnosticarse en niños y el trastorno pasivo-agresivo sólo debe diagnosticarse en adultos. No se ha de establecer el diagnóstico de trastorno pasivo-agresivo de la personalidad si los síntomas se explican mejor por la presencia de un trastorno distímico o si sólo aparecen en el transcurso de episodios depresivos mayores. Es importante encontrar comportamientos de tipo pasivo-agresivo en la vida diaria de las personas normales y ante todo en las situaciones que se prestan a autoritarismos (por

ejemplo: El trabajo, el ejército, la cárcel), y donde no suelen tener cabida formas de asertividad alternativas. Sólo cuando éstos rasgos de personalidad pasivo-agresivo se muestran inflexibles y desadaptativo y provocan malestar clínicamente aplicativo o deterioro global de la actividad del individuo, constituyen propiamente un trastorno.

1.2.7. CRITERIOS DE INVESTIGACION PARA EL TRASTORNO PASIVO-AGRESIVO DE LA PERSONALIDAD

- A. Patrón permanente de actitudes de oposición y respuestas ante las demandas que exigen un rendimiento adecuado, que se inicia a principios de la edad adulta y se refleja en una gran variedad de contextos, y que se caracteriza por cuatro (o más) de los siguientes síntomas:
 - 1. Resistencia pasiva a rendir en la rutina social y en las tareas laborales.
 - 2. Quejas de incomprensión y de ser despreciado por los demás.
 - 3. Hostilidad y facilidad para discutir.
 - 4. Crítica y desprecio irracionales por la autoridad.
 - 5. Muestras de envidia y resentimientos hacia los compañeros aparentemente más afortunados que él.
 - 6. Quejas abiertas y exageradas por su mala suerte.
 - 7. Alternancia de amenazas hostiles y arrepentimiento.

- B. El patrón comportamental no aparece exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explica mejor por la presencia de un trastorno distímico.

CAPITULO III

1.3. REACCIONES OBSESIVOCOMPULSIVAS

Las obsesiones son ideas o pensamientos recurrentes sobre los cuales el individuo no puede ejercer dominio, mientras que la compulsión es un impulso irresistible que conduce a ciertas clases de conducta de naturaleza repetitiva. Las reacciones obsesivocompulsivas son similares a las fobias en el sentido de que el paciente puede saber que no existe base para estas conductas y sin embargo, se siente impotente para evitarla. Todos nosotros hemos experimentado obsesiones de tipo moderado. Algunas veces no podemos quitarnos de la cabeza alguna tonada musical y en ocasiones nos encontramos silabándola o canturreándola todo el día, en otros casos, podemos sentirnos obligados a gritar durante el servicio religioso en la iglesia o encontrarnos que nuestros pensamientos vuelven nuevamente una y otra vez a la próxima vacación o a determinada fecha.

La persona que sufre una verdadera obsesión, sin embargo, generalmente experimenta pensamientos o ideas que son mucho más perturbadores. El temor obsesivo de impulsos incontrolables es muy común. Una mujer puede experimentar el miedo de cortar el cuello a sus hijos mientras duerme, una hija puede sentir el temor de empujar a su madre hacia abajo cuando va bajando una escalera, o el padre puede temer el ejecutar un acto incendiario en su propia casa. Estas ideas obsesivas rara vez encuentra expresión en la acción, pero son altamente perturbadoras para el paciente y generalmente le obligan a buscar ayuda psicológica.

El tipo de síntomas en que predominan los pensamientos obsesivos queda ilustrado con el siguiente ejemplo:

Un granjero tuvo pensamientos obsesivos de pegar en la cabeza con un martillo a su hijo de tres años. El paciente era enteramente incapaz de explicar estos horribles pensamientos, aseguraba que amaba a su hijo mucho y pensaba que debía estarse volviendo loco para albergar pensamientos de matarlo.

El análisis de este caso reveló que la mujer del paciente había experimentado grandes dolores en el parto y desde entonces se había rehusado a tener relaciones sexuales con su marido por temor de salir embarazada nuevamente. Además, dedicaba la mayor parte de sus atenciones al niño, y su matrimonio, que previamente había sido muy feliz, se veía hoy desgarrado por querellas y reproches (COLEMAN, 1964:522).

Las acciones compulsivas pueden variar desde formas relativamente benignas como lamerse los labios, pasar el dedo alrededor del cuello en la camisa o alisarse el pelo con la mano hasta formas graves que virtualmente incapacitan al individuo para la rutina normal de la vida. Las formas graves de las acciones compulsivas varían grandemente.

El individuo puede ser incapaz de dormir, a menos que sus almohadas queden arregladas de un modo exacto. Puede tener que volver a su casa varias veces después de salir para asegurarse que han sido cerradas todas las llaves del gas y que todas las ventanas están cerradas. Un psiquiatra relata que un hombre pasaba tres horas de cada noche arreglando su ropa para el día siguiente (Strecker 1,944:522).

El siguiente caso ilustra la conducta compulsiva de un muchacho de 14 años.¹

La excesiva limpieza del muchacho se mostró primero a la edad de 13 años, cuando notó que se lavaba las manos muchas veces durante el día. Después comenzó a bañarse con frecuencia. Continuamente se estaba dos o tres horas metido en la tina del baño. Con mucha frecuencia se aplicaba yodo en las manos y cara. Decía a sus padres que se había arañado y deseaba evitar la infección con yodo. Además del yodo compró mercurocromo y otros antisépticos para usarlos en caso de urgencia. También usaba una solución de ácido bórico para lavarse los ojos todas las noches. Los padres aseguraban que rehusaba practicar los juegos ordinarios con otros muchachos porque no deseaba ensuciarse las manos. Cuando se le pidió que explicara su preocupación con respecto a la limpieza expuso que se daba cuenta que se lavaba más que los otros muchachos, pero que en su caso había razones objetivas. Creía que su piel era de tal textura que retenía la suciedad y los gérmenes y, por lo tanto, se veía obligado a lavarse y cepillarse. Ninguna forma de persuasión tuvo éxito para hacer a este muchacho desviarse de estas prácticas hasta que comenzó a resolverse su conflicto original. Contó que había estado muy preocupado de la culpabilidad que sentía por sus actividades anteriores con otros muchachos. Sus padres descubrieron que tomaba parte en un juego de tipo sexual y lo castigaron. Con frecuencia lo amonestaban sobre lo malo que era una conducta "inmoral" y en una ocasión, cuando tenía nueve años de edad, se le hizo firmar una promesa de nunca beber cerveza ni fumar. También le dijeron que había enfermedades terribles como resultado de la masturbación.

¹ Tomado de Sherman, M.C.: *Mental Conflicts and Personality*. New York, Longman, Green y Co., 1938. Por cortesía de David McKay Company, Inc. Pág. 522

Aseguraba que había violado esa promesa en la que se refería a la masturbación en muchas ocasiones, y que después de cada vez que se masturbaba, se sentía muy avergonzado de sí mismo. Creía también que era de carácter débil y que le faltaba voluntad, porque no podía evitar lo que no deseaba hacer, hijo: "se que es un hábito inmundo, y si alguien me descubre pensará cosas terribles de mi". Después de muchas consultas y de muchas discusiones. Comenzó a cambiar su actitud respecto a la inmoralidad de su conducta anterior y las posibles consecuencias de sus supuestas transgresiones morales. Su excesiva limpieza gradualmente decreció y pudo tomar parte en las actividades de los otros muchachos sin sentir desagrado por ensuciarse las manos y la ropa".

En la reacción obsesivocompulsiva, la angustia del enfermo se controla de manera automática, cuando se asocia a pensamientos y actos que se repiten en forma persistente. El enfermo reconoce que los pensamientos y actos rituales que no deba tener, son irracionales, pero no puede controlarlos. La reacción obsesivo compulsiva puede expresarse en tres formas clínicas.

- La reaparición persistente de un pensamiento desagradable y a menudo inquietante.
- Una morbosa necesidad apremiante, a menudo irresistible, de llevar a cabo determinado acto repetitivo y estereotipado.
- Un pensamiento que reaparece en forma obsesiva, acompañado de la compulsión de ejecutar un acto repetitivo.

La ideación obsesiva se puede relacionar con diversos temas. No es raro que el enfermo tenga que luchar contra pensamientos estéticos, como pensamientos de naturaleza blasfema, o fantasía que implican matar a un miembro querido de su familia.

Aunque le horroriza abrigar tales pensamientos, el paciente no puede librarse de ellos. El pensamiento inoportuno que reaparece en forma constante, puede ser en ocasiones insignificante y absurdo, con el caso, de un paciente que se preguntaba por qué una silla tiene cuatro patas en lugar de una, el pensamiento recurrente puede también tomar la forma de preocupación y especulaciones que el enfermo rumia, respecto a temas como la creación, el infinito u otras cuestiones filosóficas o religiosas. El estado en que el enfermo se preocupa en forma obsesiva por un tema que en apariencia le es indiferente, el grado de excluir en forma notable otros intereses, en ocasiones se conoce como estado obsesivo-rumiativo.

Mientras mayor es el esfuerzo para disipar los pensamientos obsesivos, con mayor terquedad retornan.

1.3.1. TIPOS DE REACCION OBSESIVOCOMPULSIVA

FOLIE DU DOUTE (A.A. Pág. 520). Hay un tipo de pensamientos obsesivo que adopta la forma de *fole du doute*, que se caracteriza por la duda, vacilación e indecisión, habitualmente acompañadas de ideas obsesivocompulsivas que el enfermo rumia, y que conducen hacia actos repetitivos cuyo objetivo es disipar dudas irracionales. Tales dudas hacen que el enfermo rumia, y que conducen hacia actos repetitivos cuyo objetivo es disipar dudas irracionales. Tales dudas hacen que el enfermo tenga que revisar y volver a revisar incluso los actos más simples. Por ejemplo puede cerrar la puerta principal de su casa cuando ya va a acostarse, y apenas se ha metido en la cama, duda respecto a la seguridad de la puerta, tiene entonces que regresar y revisar la cerradura. Incluso entonces puede reaparecer sus dudas una vez que se ha vuelto a meter en la cama, lo cual requiere nuevas visitas para verificar que la puerta está cerrada. No es raro que las dudas y las indecisiones obsesivas surtan cuando hay conflicto entre un deseo y el deseo opuesto.

Los pensamientos insistentes obsesivos tienen un propósito defensivo. No debe de tomarse en cuenta, por decirlo así el valor aparente de la idea repetitiva, ya que es el sustituto de otra idea y por lo mismo sirve para prevenir la angustia.

Tras en contenido aparente se ocultan otros afectos. La fuente real puede ser cualquier impulso, tendencia o deseo que conscientemente sería intolerable para el enfermo. No es raro que dicha fuerza sea un sentimiento de culpa oculto. La idea manifiesta y recurrente resulta del esfuerzo para mantener otra cosa fuera de la mente y se forma por los mecanismos de desplazamiento, simbolización y condensación. El proceso es muy semejante al que ocurre durante los sueños en los cuales el contenido verdadero o latente oculta por medio de estos mecanismos, de modo que la idea el deseo o el impulso aparecen en el sueño consciente, distorsionados y civilizados.

ACTOS COMPULSIVOS: Un segundo tipo clínico de reacción la repetición obligatoria de actos determinados. Las fuerzas que producen el acto compulsivo, son desde luego, inconscientes puesto que el acto simbólico no puede satisfacer en forma adecuada las fuerzas que lo produjeron, se vuelve estereotipado y repetitivo. Cuando se pregunta al paciente la razón de su conducta, tal vez de una explicación para la que el mismo no encuentre base racional, o

tal vez admita que su conducta es absurda y sin propósito. Habitualmente el enfermo experimenta en forma consciente, cierto rechazo y resistencia a ejecutar su acto defensivo y compulsivo pero la tensión y la angustia aumenta hasta que la necesidad imperiosa de repetir dicho acto se vuelve irresistible. Si se impide al paciente ejecutar su ritual compulsivo, aparece angustia franca. Una de las formas más frecuentes de ritual obsesivocompulsivo es el lavado de las manos, que tiene como propósito evitar la angustia.

1.3.2 TRASTORNO OBSESIVOCOMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD

CARACTERISTICAS DIAGNOSTICAS

La característica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Los sujetos con trastornos obsesivocompulsivo de la personalidad intentan mantener la sensación de control mediante una atención esmerada a las reglas, los detalles triviales, los protocolos las listas, los horarios o las formalidades hasta el punto de perder de vista el objetivo principal de la actividad (Criterio 1). Son excesivamente cuidadosos y propensos a las repeticiones a prestar una atención extraordinaria a los detalles y a comprobar repetidamente los posibles errores. No son conscientes del hecho de que las demás personas acostumbran a enfadarse por los retrasos y los inconvenientes que derivan de ese comportamiento. Por ejemplo, cuando estos individuos pierden una lista de las cosas que hay que hacer, son capaces de invertir una gran cantidad de tiempo buscándola, en lugar de emplear unos minutos en volver a confeccionarlas de memoria y ponerse hacer las tareas de que se trate. El tiempo se distribuye mal y las cosas más importantes se dejan para el último momento. El perfeccionismo y los altos niveles de rendimiento que se autoimponen causan a estos sujetos una disfunción y una malestar significativo. Pueden estar tan interesados en llevar a cabo con absoluta perfección cualquier detalle de un proyecto, que éste no se acaba nunca (Criterio 2). Por ejemplo, se retrasa la finalización de un informe escrito debido al tiempo que se pierde en reescribirlo repetidas veces hasta que todo quede prácticamente «Perfecto». Los objetivos se pierden y los aspectos que no constituyen el objetivo actual de la actividad pueden caer en el desorden.

Los sujetos con trastornos obsesivocompulsivo de la personalidad muestran una dedicación excesiva al trabajo y a la productividad, con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (Criterio 3). Este comportamiento no está

motivado por necesidades económicas. Piensas muy a menudo que no tienen tiempo para tomarse una tarde o un fin de semana para salir o simplemente relajarse. Van posponiendo una actividad de ocio a las vacaciones, se sienten muy incómodos, a no ser que hayan llevado consigo algo de trabajo, de forma que no estén «Perdiendo el tiempo». Puede haber una gran concentración en el trabajo doméstico por ejemplo: Haciendo limpieza repetidamente de manera que hasta se podría comer en el suelo, si pasa un tiempo con amigos, es probable que sea algún tipo de actividad organizada (por ejem. Los deportes). Se toman las aficiones o las actividades recreativas como tareas serias que exigen una cuidadosa organización y un duro esfuerzo para hacerlas bien. Lo que importa es que la ejecución sea perfecta. Estos sujetos convierten el juego en una tarea estructurada.

Los sujetos con trastornos obsesivo-compulsivo de la personalidad pueden ser demasiado tercos, escrupulosos e inflexibles en temas de moral, ética o valores. (Criterio 4). Pueden forzarse a así mismo y a los demás a seguir unos principios morales y a los demás a seguir unos principios morales rígidos y unas normas de comportamiento muy estrictas. También son críticos despiadados de sus propios errores. Los sujetos con este trastorno son rígidamente respetuosos con la autoridad y las normas, e insisten en su cumplimiento al pie de la letra. Sin saltarse ninguna norma por circunstancia atenuante. Por ejemplo el sujeto no dejaría dinero para llamar por teléfono a un amigo, porque nadie tiene que pedir o tomar nada prestado o porque sería perjudicial para el carácter de esa persona. Estas características no deben ser explicables por la identificación cultural o religiosa de la persona.

(Criterio 5). Admite que son como animalitos que todo lo guardan piensan que el tirar las cosas es un despilfarro. Porque "nunca se sabe cuando va a necesitar una alguna cosa".

(Criterio 6). Insisten obstinada e irrazonablemente en que todo se haga a su manera y en que la gente se adapte a su forma de hacer las cosas. Con frecuencia, dan instrucciones tan detalladas y se sorprenden e irritan si los demás buscan otras alternativas, porque piensan que solo ellos lo pueden hacer.

(Criterio 7). Los sujetos con trastornos obsesivo-compulsivo de la personalidad se caracterizan por la rigidez y la obstinación.

(Criterio 8). Están preocupados por hacer las cosas de la única forma correcta, que les cuesta estar de acuerdo con las ideas de la posibilidad de un cambio.

1.3.3. SINTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Cuando las normas y los protocolos establecidos no dictan la respuesta correcta, la toma de decisiones se convierte en un proceso de larga duración y a menudo doloroso. Los sujetos con este trastorno tienen tantas dificultades que tareas son prioritarias o cuál es la mejor forma de hacer alguna cosa concreta, que puede ser que nunca empiecen a hacer nada. Tiene tendencia a trastornarse o enfadarse en las situaciones en las que no son capaces de mantener el control de su entorno físico o interpersonal, si bien es típico que la ira se expresa de manera abierta. Por ejemplo, una persona que puede enfadarse si el servicio de un restaurante es malo, pero, en lugar de quejarse a la dirección, meditará sobre cuánto va a dejar de propina.

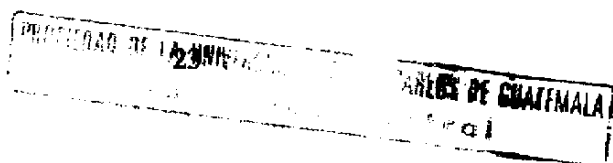
En otras ocasiones, la ira puede expresarse con una indignación justiciera por lo que aparenta ser una cuestión secundaria. Las personas con este trastorno están especialmente atentas a sus status respecto a las relaciones de dominio-sujisión y muestran una diferencia exagerada a una autoridad a la que respetan.

Los individuos con este trastorno suelen expresar afecto de forma muy controlada se sienten incómodos en presencia de otras personas emocionalmente expresivas. Sus relaciones cotidianas son serias y formales, y pueden estar serios en situaciones en los que los demás se ríen y están contentos. Es frecuente que les cueste expresar sentimientos de ternura y es raro que hagan halagos. Los suyos con este trastorno pueden experimentar dificultades y malestar laborales, especialmente al enfrentarse a situaciones nuevas que exijan flexibilidad y transigencia.

SINTOMAS DEPENDIENTES DE LA CULTURA Y EL SEXO

Al evaluar a un sujeto con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad debe incluir los comportamientos que reflejan los hábitos, las costumbres o los estilos interpersonales que están culturalmente admitidos por el grupo de referencia del sujeto, algunas culturas ponen énfasis especial en el trabajo y la productividad, y los comportamientos resultantes en los miembros de éstas sociedades no han de considerarse indicadores de un trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.

En los estudios sistemáticos parece que se diagnostica unas dos veces más en los varones.



1.3.4. PREVALENCIA

Los estudios que han utilizado evaluaciones sistemáticas sugieren una prevalencia estimada del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad aproximadamente de un 1% en las muestras de población general y del 3-10% en los individuos que acuden a la clínica de salud mental.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

A pesar de la similitud de los nombres, el trastorno obsesivo-compulsivo se suele distinguir fácilmente del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad por la presencia de verdaderas obsesiones y compulsiones. Hay que tener en cuenta el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo especialmente cuando la tendencia a acumular objetos sea importante. Por ejemplo: La acumulación de objetos inútiles representa un peligro de incendio y llega a dificultar a los demás la deambulación por la casa.

Otros trastornos de la personalidad se pueden confundir con el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad porque tienen algunas características en común. Por tanto es importante distinguir entre estos trastornos basándose en las diferencias en sus rasgos característicos, sin embargo, si un sujeto presenta características de personalidad que cumplen criterios para más de un trastorno de la personalidad además del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, puede diagnosticarse todos estos trastornos. Los sujetos con trastornos narcisista de la personalidad también presentan una inclinación al perfeccionismo y creen que los demás no pueden hacer las cosas también como ellos, pero no son más propensos a creer que han alcanzado la perfección, mientras que quienes tienen un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad suelen ser autoritarios. Los sujetos con trastorno narcisista o antisocial de la personalidad carecen de generosidad pero se miman así mismos, mientras que los que tienen un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad adoptan un estilo avaro en los gastos tanto para ellos mismos como para los demás.

Tanto el trastorno esquizoide de la personalidad como el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad pueden caracterizarse por una aparente formalidad y distanciamiento social. En el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad esto se sustenta en el malestar emocional y la excesiva dedicación al trabajo, mientras que en el trastorno esquizoide de la personalidad existe fundamentalmente una falta de capacidad para la intimidad.

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad debe distinguirse de un cambio de la personalidad debido a una enfermedad médica, en la que los rasgos surgen como un efecto de una enfermedad del sistema nervioso central.

1.3.5. RELACION CON LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE INVESTIGACION DE LA CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de la Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV son diferentes, pero definen en líneas generales el mismo trastorno. En la CIE-10, esta entidad está reconocida con el nombre de trastorno anancástico de la personalidad.

1.3.6. CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE F60.5 TRASTORNO OBSESIVOCOMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD 301.4

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes items:

- (1) Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objetivo principal de la actividad.
- (2) Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas.
- (3) Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades.
- (4) Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores.
- (5) Incapacidad por tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.
- (6) Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que estos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
- (7) Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
- (8) Muestra rigidez y obstinación.

En resumen

El trastorno de Personalidad Obsesivocompulsivo se caracteriza por preocupación excesiva con la conformidad y las adherencias a los estándares de conciencia. Los individuos con este síntoma pueden ser rígidos, inhibidos en extremo hiperconscientes, indecisos, demasiado solícitos, perfeccionistas e incapaces de relajarse fácilmente.

1.3.7. OBSERVACION DE PERSONAS CON TRASTORNOS PASIVOAGRESIVOS Y OBSESIVOCOMPULSIVOS

CASO I

El gerente de la fábrica x, exige a sus empleados en forma obstinada, como tienen que realizar su trabajo, habiendo en la fábrica personas muy capacitadas, en el desempeño de sus funciones y que tienen buenas ideas, para generar ganancias en la misma. El encargado de la limpieza se resiste pasivamente a las órdenes del gerente. El gerente le pidió en una ocasión limpiara una oficina privada, porque llegarían personas a realizar una supervisión, el empleado siempre critica con los demás que estaría en un mejor puesto y no obedece las órdenes de su jefe. Se llega el día en que llegan los supervisores y a última hora está limpiando, cuando ya están las personas presentes, aduciendo que alguien tomó sus implementos de limpieza; ocasionando descontento en los supervisores y provocando que se lleven una mala imagen de la administración de la empresa.

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

El análisis del Caso I reveló que el gerente de la fábrica X que presenta el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad a la edad de 15 años fallecieron sus padres accidentalmente y a partir de esa edad tuvo que vivir al lado de su abuela paterna, esta señora se dedicaba al cuidado y a la venta de cerdos, y el joven tenía que darle diariamente comida y limpiar el chiquero. Una noche que regresó la señora a su casa y observó que no había limpiado el chiquero su nieto. En ese momento la abuela despertó al adolescente y obligó a permanecer despierto toda la noche dentro del chiquero limpiando el lugar. Desde entonces empezó a tener actos compulsivos y orden por todas las tareas que realizaba.

El joven pasivoagresivo que realiza la limpieza de la fábrica según análisis de su caso ocupa el tercer lugar de los seis hermanos. Su padre nunca lo prefirió porque de todos sus hijos era él que poseía menos características físicas atractivas, prefiriendo el padre a sus demás hijos con ropa y estudio, ocupando un segundo plano por su familia.

La mamá nunca protestó por las actitudes de su esposo y en cambio reforzó esta conducta porque al muchacho lo ponían a realizar todos los oficios de la casa. Cuando los hermanos se iban a ir a la escuela, él escondía la mochila y rompía sus cuadernos. Desde entonces se formó un resentimiento por su padre, pero por temor a ser agredido físicamente realizaba las tareas de la casa.

Ambos individuos tanto el pasivoagresivo como el obsesivo-compulsivo son sujetos inadaptados a la sociedad.

El jefe de la fábrica exige a sus empleados el trabajo como él quiere inhibiendo sus capacidades y el pasivoagresivo con su resentimiento no rinde, afectando los intereses de la fábrica.

CASO II

La muchacha de servicio de la familia X se resiste a realizar las actividades u obligaciones que se le encomiendan en la casa, el chofer o conductor de la casa debe de llevar a la niña de 5 años al colegio a las 07:35 de la mañana, él siempre está pendiente de los horarios en forma rígida y la muchacha a última hora le plancha el uniforme a la infante, aunque hay ocasiones que la niña entra una hora más tarde, el chofer siempre exige para llevarla a la misma hora habitual y la muchacha como siempre dejándolo todo a última hora, provocando en la niña angustia.

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

En el caso número 2 la muchacha de servicios de la familia x que presenta, el cuadro clínico del trastorno de la personalidad pasivoagresiva. Se supo que ella dependió de su mamá desde pequeña hasta la edad de 28 años cuando murió la mamá. La muchacha nunca tuvo interés por tener ningún novio antes ni después que la mamá falleciera; siempre realizaban todos los oficios juntas, coincidían en ver y escuchar los mismos programas y dormían en la misma cama. Ahora cuenta con 33 años siempre vive pensando en su mamá, y en la casa donde trabaja la dueña de la casa es su prima quien aún tiene a su mamá y le desagrada verlas juntas. Por eso interfiere en forma pasivoagresiva en no cumplir con sus obligaciones.

Mientras que el chofer de la casa con quien constantemente discuten y según se observó presenta el trastorno obsesivo-compulsivo es alguien con quien nunca conoció a su padre, vivió con su mamá y su padrastro. El padrastro bebía constantemente y el niño tuvo que ver cómo el individuo le pegaba a su mamá. El padrastro lo obligaba a limpiar zapatos en la esquina de su casa exigiéndole Q.10.00 diarios, el señor se ponía enfrente del muchacho a ver cómo limpiaba los zapatos y si no los dejaba bien lustrados, le pegaba en la cabeza.

La conducta obsesivo-compulsiva del conductor refuerza la conducta pasivoagresiva de la muchacha al no obedecerle a las órdenes que le imponen.

CASO III

El jefe de una obra de construcción dirige la misma en una forma muy inaccesible delegando tareas que tienen que realizar tal como él lo dice, habiendo mejores alternativas para avanzar, hay un peon que se resiste en forma pasiva a cumplir sus mandatos, y la tarea que se le asigna, no la realiza porque alguien tomó sus herramientas, aunque él intencionalmente lo ha escondido, provocando malestar en el jefe de la obra y atrazando el proyecto de la misma.

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

En el caso tres el jefe de la obra que presenta las características obsesivocompulsivas, su padre fue también albañil y siempre lo llevaba a las construcciones, le asignaba al niño responsabilidades de alguien grande; el niño no podía ir a jugar con otros amiguitos porque lo castigaba, fue así como se formó ese patrón de conducta.

Mientras que el peón pasivoagresivo empezó con esas conductas desde hace 3 años, el peón antes trabajaba con un amigo como ayudante de albañil, el rendía y cumplía con sus atribuciones, el amigo le pagaba cada fin de semana la mitad de su salario y le prometía que después se lo iba a pagar todo de junto. Lo engañó y lo despidió. Siguió trabajando en otros lugares pero ya no cumplía con su trabajo; empezó a beber y dejó la mujer con quien vivía.

Ambas conductas son negativas porque se van a extremos tanto el obsesivocompulsivo debe exigir pero respetando la integridad de los valores humanos hacia el respeto y el pasivoagresivo debe cambiar su conducta porque complica las relaciones interpersonales entre jefe y demás compañeros de trabajo.

CASO IV

Una pareja de esposos son dueños de una tienda la cual ellos mismos la atienden. El esposo es muy metódico para colocar los productos, aunque la esposa quiera sugerir él ignora las recomendaciones de su esposa para colocar los productos; el señor siempre guarda cajas y bolsas aunque estén en mal estado y se vea poco armoniosa la tienda. El esposo ordena a la señora cómo debe de colocar las aguas en la refrigeradora, ella muy amablemente le contesta que le obedecerá, pero no le hace caso, llega un comprador y el señor no encuentra la gaseosa que le

están pidiendo, el señor empieza a discutir y el comprador se marcha, llama a su esposa y ella le expresa que se le olvidó. Y nuevamente él, le ordena y ella con una sonrisa le contesta que le obedecerá en colocar las aguas en la refrigeradora. Al llegar la noche y el señor observa nuevamente que no ha colocado las aguas y ella le expresa acompañada de una palmadita en el hombro, que mañana colocará las aguas. Aunque siempre encuentra justificaciones para no hacerlo.

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

En el último caso el señor que presenta el trastorno de la promesa obsesivocompulsivo y su señora que maneja el trastorno pasivoagresivo ambos fueron desarrollados similarmente. Ellos se casaron hace 20 años aparentemente se querían mucho pero dos años de casados él conoció a una muchacha y la embarazó, él la amaba y se quisieron ir a los Estados Unidos, pero el señor creció con un perfil de valores y con su señora estaban casados por la iglesia y por lo civil, y sus padres le inculcaron los valores en forma muy rígida así como siguió viviendo con su esposa pero exigiéndole por la limpieza, y la limpieza exagerada de sus hijos, nunca podía estar algo mal colocado ni tirar comida porque era lo más fatal. La señora los primeros años le cumplió pero después se cansó de esa vida y se lamentaba con sus vecinas porque su esposo no paseaba con ella y la ignoraba. Fue así como ella sabía que como él exigía el orden en la casa y tienda ella realizaba todo lo contrario para enfadarlo.

Ambas conductas son negativas porque su vida conyugal se está destruyendo, sus 3 hijos viven mal, quisieran verlos felices pero cada está dispuesto a hacerse mucho daño.

CASO V

La dueña de un comedor, cocina a su manera, aunque existen mejores alternativas para cocinar mejor, tiene a su servicio cinco empleadas muy competentes, pero si ellas no obedecen las instrucciones de la cocinera, ésta se molesta e irrita, una de las muchachas recibe una orden de cómo realizar el fresco y ella le presta gran atención a la cocinera agregando que lo va a realizar en el momento, pero se llega la hora de servirlo y la muchacha no lo ha hecho, disculpándose que no se volverá a repetir, pero al otro día se repite la misma escena y muy humildemente se justifica que no se repetirá, aunque nunca cumpla las órdenes de la cocinera constantemente afectando de esta manera a la clientela.

COMPROBACION DE HIPOTESIS

En el presente estudio se planteó la hipótesis "El trastornado obsesivo-compulsivo refuerza al trastornado pasivo-agresivo".

Después de haber realizado la revisión bibliográfica, la investigación de campo y el análisis e interpretación de datos; la hipótesis queda **COMPROBADA** ya que efectivamente éstos sujetos con éstos trastornos se guardan mucho odio entre sí, buscando la forma de interferir en el trabajo provocando obstáculos con sus compañeros para realizar las actividades. Estos individuos deben de respetar las opiniones de trabajo de los demás para que funcionen mejor las instituciones de trabajo.

CONCLUSIONES

- Los trastornos pasivoagresivo y obsesivocompulsivo, de acuerdo a su intensidad alteran y desequilibran la estabilidad psíquica, física y social de los trabajadores de una empresa, siendo uno de los problemas que merece atención inmediata para evitar conflictos mayores.
- Un trabajador afectado constantemente por estos trastornos, manifiesta un descenso en su rendimiento y entrega de trabajo, lo que va en detrimento tanto de él como de la empresa a la que le sirve.
- El desequilibrio emocional provocado por los trastornos pasivoagresivo u obsesivocompulsivo en algunos trabajadores se puede convertir con el tiempo en un contaminante psíquico para el resto de los trabajadores.
- La escasez de psicólogos en muchas empresas para poder ayudar a éstos individuos, en cambiar ciertas conductas negativas ayudaría en su ambiente laboral, familiar y social.
- Los individuos que presentan trastornos pasivoagresivo y obsesivocompulsivo son sujetos inadaptados a la sociedad y son seres que piensan sólo en ellos sin importarles a cuántas personas estén afectando.
- Los pasivoagresivos son individuos que sienten placer de estar haciendo daño a los demás personas que laboran con ellos ya que les agrada ver cómo otros están atrazados por culpa de ellos.
- La conducta obsesivo-compulsiva refuerza la conducta pasivoagresiva, al exigirle en el trabajo que se realicen las actividades, mientras que el pasivoagresivo siempre pondrá obstáculos para realizar las tareas.
- Ambas conductas son negativas porque se van a los extremos, el obsesivocompulsivo debe respetar las opiniones de los demás, considerando que cada ser humano tiene ideas y que es capaz de compartir experiencias profesionales sin entrar en polémicas.
- Y el pasivoagresivo debe de rendir en su trabajo porque se lastima él mismo, deteriora su círculo social y le será imposible encontrar trabajo con esas conductas.

- La sociedad necesita de personas competentes y capaces profesionalmente, éstos sujetos con estos trastornos interfieren en la superación de instituciones, donde muchas personas van en busca de sus servicios y se encuentran con personas enfadadas por todo, entorpeciendo informaciones y avisos urgentes que resolver.
- Estos sujetos con estos trastornos interfieren en la salud mental de otros compañeros de trabajo, viéndose en la necesidad de renunciar por no estar compartiendo ese círculo vicioso.

RECOMENDACIONES

1. Establecer de parte de la Carrera de Psicología un período de atención clínica (período de motivación, orientación y discusión de problemas), por lo menos una vez a la semana para trabajar en el aspecto clínico casos de pacientes que manejan trastornos pasivoagresivos y obsesivcompulsivos así como los demás Trastornos de la Personalidad.
2. Visitar instituciones públicas: Desarrollando programas profilácticos que contemplen pláticas de relaciones humanas, de salubridad, de responsabilidad laboral, etc., para evitar la aparición de más trastornos de personalidad y propiciar a la vez un ambiente de trabajo saludable y estable.
3. A los padres de familia se les insta para que mejoren la forma de cómo educar a sus hijos y de orientarlos a que realicen las tareas que se les asignan, pero en forma saludable ya que posteriormente repercute en su adolescencia y en su vida adulta algunas correcciones negativas, provocando en éstos individuos odio, rencor, resentimiento y frustración por la forma en que les guiaron durante su niñez.

BIBLIOGRAFIA

1. Agustín Caso Muñoz. *Psiquiatría General*, Editorial Limusa, 1989.
2. Allport Gordon W., *Psicología de la Personalidad*. Editorial Siglo XX, año 1,972, Buenos Aires.
3. Dorsch, Freiderich: *Diccionario de Psicología*, Editorial Herder, Barcelona, España, 1,981.
4. Fernández, Cruz. *Enciclopedia Familiar de la Salud*. Editorial Danae S.A. España.
5. Howard H., Goldman. *Psiquiatría General*. 1,980. Segunda Edición.
6. I.F. Sluchevski. *Psiquiatría*, Editorial Grijalbo, México, 1,963.
7. James, Whittaker. *Psicología*. Segunda Edición. Editorial Interamericana. 1,971. México.
8. Lawrence C. Kolb. *Psiquiatría Clínica Moderna*, Ediciones Científicas, Modernas, La Prensa Mexicana, 1,985.
9. Lemus Orellana, Lesvia Judith. *Rasgos de la Personalidad en Estudiantes de Primer Ingreso de la Escuela de Ciencias Psicológicas*. Tesis de Grado USAC, Guatemala, 1,988.
10. Motta, Marta Mercedes. *Estudio de la Agresividad como Producto de las Relaciones Afectivas Inadecuadas de los Padres de Familia en el Niño Institucionalizado*. Tesis USAC, Guatemala. 1,980.
11. Pichot, Pierre: *DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Casa Editorial MASSON.
12. S. L., Rubinstein. *Principios de la Psicología, Tratados Manuales*, Editorial Grijalbo, México, 1,967.
13. Shevert H., Frazier Robert J. Campbell, Myron H. Marshall, Arnold Werner. *Terminología Psiquiátrica y de la Clínica Psicológica*.