

Universidad Panamericana  
Facultad de Ciencias Psicológicas  
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Evaluaciones y Terapias en mujeres adultas**  
**Práctica realizada en “Clínica de Diagnóstico”**  
(Práctica Profesional Dirigida)

Jessica Marisol Marroquín Dávila

Guatemala, octubre 2012

**Evaluaciones y Terapias en mujeres adultas**  
**Práctica realizada en “Clínica de Diagnóstico”**  
(Práctica Profesional Dirigida)

Jessica Marisol Marroquín Dávila (Estudiante)

Licda. Marijose Ávila (Catedrática)

Guatemala, octubre 2012

**Autoridades de la Universidad Panamericana:**

**M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus**

RECTOR

**M. Sc. Alba Aracely de González**

Vicerrectora Académica y Secretaria General

**M.A. César Augusto Custodio Cóbar**

Vicerrector Administrativo

**Licda. Julia Elizabeth Herrera Quiroz**

Decana Facultad de Ciencias Psicológicas



DICTAMEN  
APROBACION PARA ELABORAR  
INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

ASUNTO: Jessica Marisol Marroquín Dávila  
Estudiante de la Licenciatura en Psicología  
Clínica y Consejería Social de esta  
Facultad, solicita Autorización para  
realizar Práctica Profesional Dirigida para  
completar requisitos de graduación.

Guatemala, febrero 2011

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta decanatura para cumplir requisitos de aprobación para elaborar informe Final de Práctica Dirigida.

Que es requerido para obtener el título de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social resuelve:

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: "Evaluaciones y Terapias en mujeres adultas" está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para un informe Final de Práctica Profesional Dirigida.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el Reglamento Académico de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, de la Práctica Art. 9 incisos del a) al i).
3. Se autoriza el nombramiento de la Licencia Cynthia Brenes como Asesora – Tutora, de conformidad con lo establecido en la normativa para el desarrollo de trabajos de graduación.

Lic. José Ramiro Bolaños  
Decano Facultad de Ciencias de la Educación.

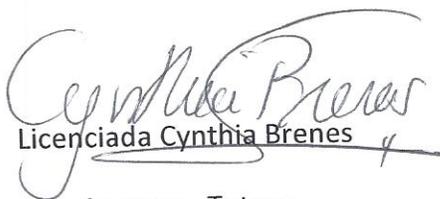




UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA  
*"Sabiduria ante todo, adquiere sabiduria"*

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,  
Guatemala. 02 de noviembre del año dos mil once.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **"Evaluaciones y Terapias en mujeres adultas"** presentado por la estudiante: **Jessica Marisol Marroquin Dávila** quien se identifica con número de carné 0701855 de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.



Licenciada Cynthia Brenes

Asesora - Tutora

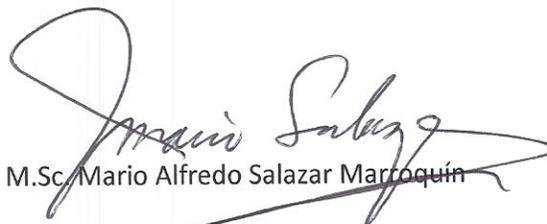


UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

"Sapientia ante todo, adquiere sapientia"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,  
Guatemala. 02 de febrero del año dos mil doce.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: Evaluaciones y Terapias en mujeres adultas, Práctica realizada en "Clínica de Diagnostico" Presentado por la estudiante: **Jessica Marisol Marroquín Dávila**, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que se continúe con el proceso correspondiente.



M.Sc. Mario Alfredo Salazar Marroquín

Revisor



UNIVERSIDAD  
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,  
Guatemala a los dos días del mes de febrero del dos mil doce.-----

*En virtud que el Informe Final de la Sistematización de la Practica Profesional Dirigida: **Evaluaciones y Terapias en Mujeres Adultas**. Practica realizada en Clínica de Diagnostico. Presentada por el (la) estudiante: **Jessica Marisol Marroquin Dávila** previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe de Practica Profesional Dirigida.*

  
**Licda. Elizabeth Herrera**  
**Decana**  
**Facultad de Ciencias Psicológicas**



**NOTA:** Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

## Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I	3
Marco de Referencia	3
1.1 Descripción	3
1.2 Visión	3
1.3 Misión	4
1.4 Organigrama	4
1.5 Objetivos	5
1.6 Población que se atiende	5
1.7 Planteamiento del problema	5
Capítulo II	6
Referente Teórico	6
Capítulo III	39
Marco Metodológico	39
3.1 Programa del curso	39
3.2 Cronograma de Actividades realizadas durante la práctica	46
3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica	49
3.4 Subprogramas, actividades, horarios, talleres	50
Capítulo IV	55
Presentación de Resultados	55
Programa de atención a casos	55
4.1 Logros	55
4.2 Limitaciones	56
4.3 Conclusiones	56

4.4 Recomendaciones	56
4.5 Muestra de un caso atendido	57
4.5.1. Plan terapéutico	67
4.6 Programa de elaboración de proyectos de salud mental (talleres)	70
4.7 Logros	70
4.8 Limitaciones	70
4.9 Conclusiones	70
4.10 Recomendaciones	70
4.11 Gráficas	71
Conclusiones	73
Recomendaciones	74
Referencias	75
Anexos	77

## Resumen

El presente Informe describe el proceso que se trabajó durante la Práctica Profesional Dirigida V, es una clínica particular dedicada a prestar servicio de Diagnóstico y Evaluaciones Terapéuticas, en donde se sustentaron casos clínicos asesorados.

Se evaluó y se brindó acompañamiento psicológico a diferentes personas con problemas psicológicos y emocionales, la mayoría de las personas que se atendieron son de escasos recursos. Así mismo, durante el inicio del proceso terapéutico los pacientes no mostraban capacidad de *insight*, los signos y síntomas de ansiedad que referían eran muy evidentes.

En seguida se describe el marco de la Institución donde se detalla la descripción de la clínica, los servicios que presta, visión, misión, organigrama de la clínica, objetivos generales, específicos, población que se atiende y planteamiento del problema. Seguidamente se describe el referente teórico que abarca al conjunto de referencias teóricas que sirven de contexto al estudio.

Simultáneamente se adjunta el marco metodológico que abarca y describe los elementos metodológicos para realizar el informe, posteriormente el cronograma de actividades, presentación de resultados, Informe de Evaluación Psicológica en donde se detalla un caso atendido junto con su plan terapéutico, conjuntamente aunado a este proceso se organizó y se llevó a cabo un taller sobre la Inteligencia Emocional de cómo aplicarla en el ámbito escolar, específicamente dirigido a maestros, este proceso de charla se llevó a cabo en una Institución Educativa llamada Los Encinos, ubicada en Planes de Minerva zona 11 de Mixco. La charla se impartió a esta Institución con el objetivo específico de capacitar a los maestros y desarrollar en ellos, fortalecimiento de un mayor grado de inteligencia emocional para el cual el maestro pueda aplicarla.

Finalmente se exteriorizan las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos. A continuación en las siguientes páginas se presenta el trabajo realizador por la estudiante del quinto año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social.

## **Introducción**

La Universidad Panamericana de Guatemala, propicia experiencias significativas para que a través de la Práctica Profesional Dirigida, se apliquen los conocimientos y las técnicas a casos reales, además se implementa el bagaje obtenido, aplicándolo a la realidad del contexto guatemalteco.

Bajo esta perspectiva se facilita la Práctica Profesional Dirigida, en Instituciones de salud mental, Centros de salud, Instituciones de servicio a la comunidad, ONG'S, Centros Educativos y otros.

El psicólogo guatemalteco además de ejercer con indudables limitaciones y algunas dificultades responde a las necesidades que existen entre los distintos sectores de la sociedad guatemalteca.

Actualmente en nuestro país las personas de diferente estrato social viven sumergidas en un mundo moderno en donde la principal causa de sus problemas emocionales y psicológicos son derivados del estrés, y por lo mismo se ve reflejado en los signos y síntomas que presenta cada persona afectándolos física y emocionalmente en su cotidiano vivir y en las diferentes áreas en las que se desenvuelven.

Estos problemas son cada día mayores debido a que el ser humano se exige demasiado en un mundo cambiante y es allí donde ve la necesidad de recurrir al apoyo de un profesional de la salud mental, para adquirir estrategias adecuadas y poder ser guiado para que el propio ser humano pueda manejar adecuadamente sus problemas y así superar los síntomas que le aquejan en la vida cotidiana.

A continuación en las siguientes páginas se presenta como requisito de egreso el Informe Final de Práctica Dirigida.

# Capítulo 1

## Marco de referencia

### 1.1 Descripción

Es una Clínica de apoyo psicológico y psicopedagógico que nace a raíz de los diferentes efectos que causan en la población guatemalteca, los problemas relacionados con violencia intrafamiliar, violencia contra la mujer, problemas escolares específicos, deserción escolar, problemas de aprendizaje, déficit de atención e hiperactividad, problemas emocionales, extorciones, secuestros, problemas económicos, robos, asaltos.

Esta clínica ofrece asistencia Psicológica haciendo uso de las diferentes técnicas terapéuticas, aplicando pruebas psicométricas actualizadas que permiten un respaldo asertivo en el Diagnóstico.

Servicios Psicológicos que presta la Clínica

- ✓ Evaluación
- ✓ Diagnóstico
- ✓ Terapias Educativas
- ✓ Terapias Psicológicas
- ✓ Terapia familiar
- ✓ Orientación vocacional
- ✓ Capacitación a Instituciones
- ✓ Escuela para Padres
- ✓ Problemas de Aprendizaje déficit de atención e hiperactividad

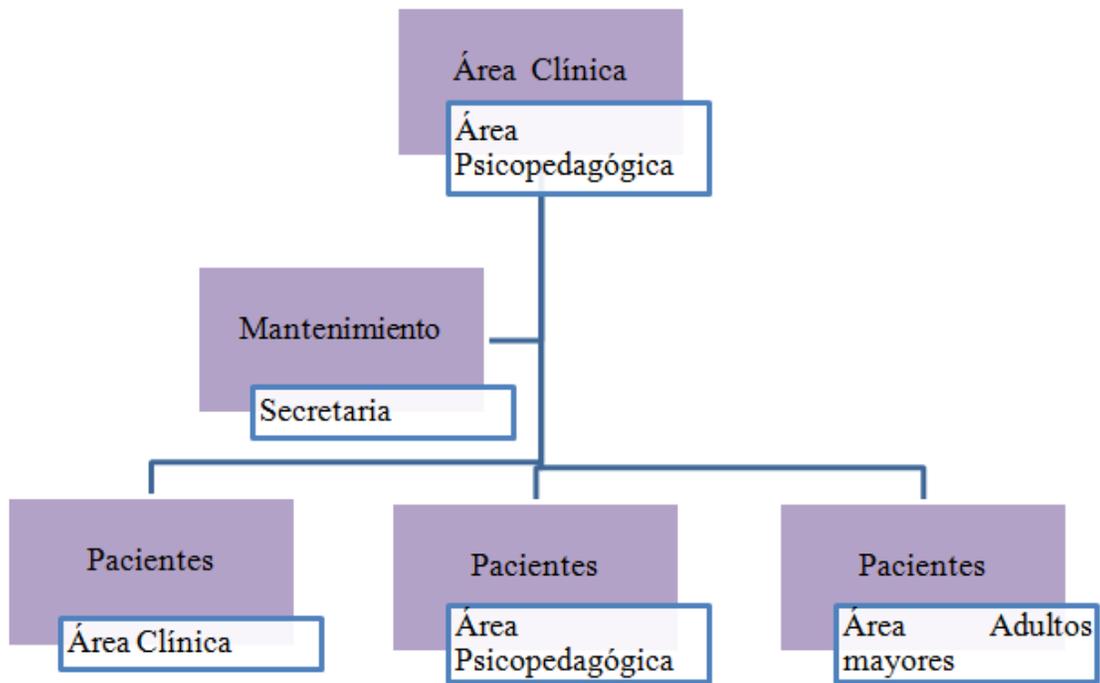
### 1.2 Visión

Contribuir al bienestar integral de la persona, proporcionando herramientas efectivas a través de la aplicación de las diferentes técnicas de intervención clínica que sean necesarias durante el tiempo que dure el proceso terapéutico, esto con el propósito de lograr una salud mental equilibrada en el paciente y una conducta satisfactoria que le permita desarrollarse en los diferentes roles que juega en la vida social.

### 1.3 Misión

Atender, equipar a personas adultas, adolescentes y niños con necesidades de atención psicológica, y psicopedagógica.

### 1.4 Organigrama



## 1.5 Objetivos

### General

- ✓ Lograr que toda persona que recibe asistencia psicológica, manifieste un grado de madurez emocional que le permita desarrollarse de acuerdo al contexto cultural en el que se desenvuelve.

### Específico

- ✓ Trabajar procesos de diagnóstico evaluaciones y terapias, para contribuir a la salud mental de la personas e implementar técnicas de intervención clínica propias de la Psicología.

## 1.6 Población que se atiende

- ✓ Niños en edad escolar
- ✓ Adolescentes
- ✓ Adultos
- ✓ Adultos mayores de la tercera edad

Se atiende a niños y niñas con diferencias de aprendizaje, los cuales no han logrado tener una integración total en los centros educativos porque presentan problemas de aprendizaje, déficit de atención, y problemas emocionales relacionados al ambiente familiar y social.

Adolescentes, con problemas de conducta y cambios propios de la adolescencia, problemas de identidad, adultos, con signos de depresión, ansiedad, stress, divorcio, problemas emocionales, muerte de alguno de los padres, adultos mayores de la tercera edad, consecuencias de menopausia, jubilación, soledad.

## 1.7 Planteamiento del problema

Los principales problemas que se encontraron dentro de la Clínica fueron: duelo por fallecimiento de un miembro de la familia, duelo por aborto, problemas emocionales relacionados a la ausencia del padre, problemas emocionales derivado de la culpa, trastorno de ansiedad generalizada.

## Capítulo 2

### Referente teórico

#### 2.1. Antecedentes filosóficos

La palabra psicología viene de las raíces psique, que significa “mente” y logos, que significa “conocimiento o estudio”. La psicología se define como el estudio científico del comportamiento humano.

Desde la época de Platón y Aristóteles, la gente se ha preguntado acerca de la conducta humana y los procesos mentales. Pero no fue sino hasta finales de siglo XIX que se empezó a aplicar el método científico a las preguntas que durante siglos habían desconcertado a los filósofos. Solo entonces la Psicología se constituyó como una disciplina científica formal, separada de la filosofía, colocándose los cimientos de la nueva Psicología, es decir la Ciencia de la Psicología.

Con los trabajos del filósofo racionalista francés René Descartes y de los empiristas británicos Thomas Hobbes y John Locke. Descartes afirmaba que el cuerpo humano era como una maquinaria de relojería, pero que cada mente (o alma) era independiente y única. Mantenía que la mente tiene ciertas ideas innatas, cruciales para organizar la experiencia que los individuos tienen del mundo. Hobbes y Locke, por su parte, resaltaron el papel de la experiencia en el conocimiento humano. Locke creía que toda la información sobre el mundo físico pasa a través de los sentidos, y que las ideas correctas pueden y deben ser verificadas con la información sensorial de la que proceden

La corriente más influyente se desarrolló siguiendo el punto de vista de Locke. Sin embargo, ciertos psicólogos europeos que han estudiado la percepción sostendrían varios siglos después la idea cartesiana de que parte de la organización mental es innata. Esta concepción aún juega un papel importante en las recientes teorías de la percepción y la cognición (pensamiento y razonamiento).

## 2.2. Desarrollo científico

Aparte de esta herencia filosófica, el campo que más ha contribuido al desarrollo de la Psicología Científica ha sido la Fisiología, es decir, el estudio de las funciones de los diversos órganos y sistemas del cuerpo humano. El fisiólogo alemán Johannes Müller intentó relacionar la experiencia sensorial con las actividades del sistema nervioso y del entorno físico de los organismos, pero los primeros representantes auténticos de la psicología experimental fueron el físico alemán Gustav Theodor Fechner y el fisiólogo, también alemán, Wilhelm Wundt. Ambos son considerados los padres de la actual Psicología Científica. Fechner desarrolló métodos experimentales para medir la intensidad de las sensaciones y relacionarla con la de los estímulos físicos que las provocaban, estableciendo la ley que lleva su nombre y que es, aún hoy, uno de los principios básicos de la percepción. Wundt, que en 1879 fundó el primer laboratorio de Psicología Experimental en la ciudad alemana de Leipzig, formó a estudiantes del mundo entero en la nueva ciencia.

Los médicos, preocupados por las enfermedades mentales, también contribuyeron al desarrollo de las modernas teorías psicológicas. Así, la clasificación sistemática de estas enfermedades, desarrollada por el pionero de la psiquiatría Emil Kraepelin, estableció las bases de los métodos de clasificación aún en uso. Más conocido, sin embargo, es el trabajo de Sigmund Freud, quien elaboró el método de investigación y tratamiento conocido como psicoanálisis. En sus trabajos, Freud llamó la atención sobre las pulsiones (instintos) y los procesos inconscientes que determinan el comportamiento humano. Este énfasis en los contenidos del pensamiento y en la dinámica de la motivación, más que en la naturaleza de la cognición por sí misma, ejerció una influencia decisiva en el desarrollo de la psicología contemporánea.

## 2.3. La Psicología en el siglo XX

Hasta la década de 1960 la psicología estuvo imbuida de consideraciones de índole eminentemente práctica; los psicólogos intentaron aplicar la Psicología en la escuela y en los negocios, interesándose muy poco por los procesos mentales y haciendo hincapié exclusivamente

en la conducta. Este movimiento, conocido como conductismo, fue en un primer momento liderado y divulgado por el psicólogo estadounidense John B. Watson.

La Psicología actual todavía mantiene muchos de los problemas que se planteó originalmente. Por ejemplo, ciertos psicólogos están interesados ante todo en la investigación fisiológica, mientras que otros mantienen una orientación clínica, y algunos, una minoría, intentan desarrollar un enfoque más filosófico. Aunque algunos psicólogos pragmáticos insisten aún en que la Psicología debe ocuparse sólo de la conducta, olvidándose de los fenómenos psíquicos internos (que deben incluso ser rechazados por ser inaccesible su estudio científico), cada vez son más los psicólogos que están hoy de acuerdo en que la experiencia y la vida mental (los procesos psíquicos internos) son un objeto válido de estudio para la Psicología Científica. Esta vuelta al estudio de los fenómenos psíquicos internos, conocido como paradigma cognitivo, por oposición al paradigma conductista dominante en la Psicología académica durante buena parte del siglo, comenzó a extenderse a mediados de la década de los años setenta.

### 3. Principales áreas de investigación

Las principales áreas de investigación de la psicología moderna forman parte también de las ciencias sociales y biológicas.

#### 3.1. Psicología fisiológica

El estudio de las bases fisiológicas subyacentes a las funciones psicológicas se denomina psicología fisiológica. Los dos mayores sistemas de comunicación del organismo humano, el nervioso y el circulatorio, son los ejes de la mayoría de las investigaciones en este campo.

El sistema nervioso comprende el sistema nervioso central, que incluye el cerebro, la médula espinal y sus correspondientes redes neuronales, y el sistema nervioso periférico, que se comunica con las glándulas y los músculos, e incluye los receptores sensoriales para ver, oír, oler, gustar, tocar y sentir. El aparato circulatorio, además de transportar la sangre, distribuye unos

importantes agentes químicos llamados hormonas desde las glándulas al resto del cuerpo. Estos dos sistemas de comunicación son esenciales en la conducta humana.

La unidad mínima del sistema nervioso es la célula nerviosa elemental o neurona. Cuando una neurona es estimulada de forma adecuada, envía señales electroquímicas de una parte a otra del organismo. El sistema nervioso tiene 125.000 millones de neuronas, de las cuales unos 100.000 millones están en el propio cerebro.

Una de las partes del sistema nervioso periférico, el sistema nervioso somático, transmite sensaciones al sistema nervioso central y emite órdenes a los músculos involucrados en el movimiento ordenado. Otra parte del sistema nervioso periférico, el sistema nervioso autónomo o vegetativo, incluye dos subsistemas de acciones antagónicas sobre la activación general y de diversos órganos: el sistema simpático, que activa el organismo acelerando el latido cardiaco, dilatando las pupilas, aumentando el ritmo respiratorio y liberando adrenalina en la sangre, y el parasimpático, dominante en el reposo, que opera a la inversa.

La comunicación circulatoria normalmente es más lenta que la nerviosa. Las hormonas secretadas por las diferentes glándulas que forman el sistema endocrino circulan a través del cuerpo, condicionando tanto los cambios estructurales como la conducta. Las hormonas sexuales liberadas en la pubertad causarán diversos cambios en el crecimiento del cuerpo y en el desarrollo, pero también en la conducta, como la aparición de la sexualidad. Otras hormonas pueden tener efectos más directos y a corto plazo, como la adrenalina, secretada cuando una persona se enfrenta a una situación peligrosa.

### 3.2. Aprendizaje y condicionamiento

La Psicología estudia el cambio que se produce en el organismo como resultado de la experiencia, esto es, el aprendizaje. Gran parte de su investigación se ha desarrollado utilizando animales de laboratorio. El enfoque conductista, el que más se ha ocupado de las formas elementales del aprendizaje, distingue dos tipos de condicionamiento: el condicionamiento clásico y el instrumental u operante.

El condicionamiento clásico también se conoce como condicionamiento pavloviano en honor de su descubridor, el fisiólogo ruso Iván Pávlov. Este demostró que si un hecho arbitrario, el sonido de una campana, precede regularmente a un hecho biológicamente relevante (la comida de un animal), la campana pasará a ser una señal de comida y el animal salivará al escucharla, preparándose para comer. La respuesta del animal será, por tanto, un reflejo condicionado al sonido de la campana.

En el condicionamiento instrumental u operante, que aplicó B. F. Skinner, el énfasis recae en la conducta del animal y en las consecuencias de sus acciones. En general, si a una acción le sigue una recompensa, un refuerzo positivo, la acción se repetirá cuando el animal se encuentre en la misma situación. Por ejemplo, si un animal hambriento es recompensado con comida por girar a la derecha en un laberinto simple, tenderá a girar de nuevo a la derecha cuando se encuentre en el laberinto. Si la recompensa cesa, aparecerán otros tipos de comportamientos.

Estos dos tipos de investigación tratan de los aspectos más elementales de la experiencia del aprendizaje. En el condicionamiento clásico, la atención recae en la importancia de la asociación del estímulo condicionado y del no condicionado; en el instrumental u operante, recae en la utilización de refuerzos, negativos o positivos, para modificar la conducta. Dicho de otro modo, el primero se ocupa de qué clase de fenómenos aparecen juntos en el proceso de aprendizaje, mientras que el segundo trata de las consecuencias de las acciones. La mayoría de las situaciones reales de aprendizaje tienen, de hecho, características clásicas y operantes.

### 3.3. Enfoque cognitivo

Las investigaciones sobre el aprendizaje humano son, naturalmente, más complejas que las del aprendizaje animal, y en rigor no se pueden limitar a los dos tipos de condicionamiento antes expuestos. El aprendizaje humano y la memoria han sido estudiados con materiales verbales (como listas de palabras o relatos) o mediante tareas que implicaban habilidades motoras (como aprender a escribir a máquina o a tocar un instrumento). Estos estudios han resaltado la deceleración progresiva en la curva del aprendizaje (curva semejante a una función logarítmica, con gran rendimiento al comienzo que después se va haciendo más y más lento), y también la

deceleración progresiva en la del olvido (justo después del aprendizaje se olvida más, con el tiempo se olvida menos).

En las últimas décadas, la investigación psicológica ha mostrado una atención cada vez mayor por el papel de la cognición en el aprendizaje humano, liberándose de los aspectos más restrictivos de los enfoques conductistas. Se ha hecho hincapié en el papel de la atención, la memoria, la percepción, las pautas de reconocimiento y el uso del lenguaje en el proceso del aprendizaje, y este enfoque ha pasado gradualmente del laboratorio a la práctica terapéutica.

Los procesos mentales superiores, como la formación de conceptos y la resolución de problemas, son difíciles de estudiar. El enfoque más conocido ha sido el del procesamiento de la información, que utiliza la metáfora 'computacional' para comparar las operaciones mentales con las informáticas, indagando cómo se codifica la información, cómo se transforma, almacena, recupera y se transmite al exterior. Aunque el enfoque del procesamiento de información ha resultado muy fructífero para sugerir modelos explicativos del pensamiento humano y la resolución de problemas en situaciones muy definidas, también se ha demostrado que es difícil establecer modelos más generales del funcionamiento de la mente humana a partir de pautas informáticas.

### 3.4. Test y psicometría

En numerosos campos de la psicología teórica y aplicada se emplean test y otros sistemas para llevar a cabo la evaluación psicológica. Los más conocidos son los test de inteligencia, desarrollados a partir del siglo XX, en los albores mismos de la psicología científica, que miden la capacidad de un individuo para relacionarse con su entorno. Estos test han sido muy útiles en el ámbito educativo para seleccionar alumnos, asignarlos a cursos de formación específicos y, en general, para predecir el éxito o fracaso en la escuela. Se han desarrollado también test especiales para conocer el futuro éxito en diferentes profesiones y asesorar qué campos o especialidades convienen más a un determinado estudiante. La evaluación psicológica, que también se utiliza en la psicoterapia, se ha ocupado de medir aspectos de la personalidad, intereses y actitudes de los individuos.

Sin embargo, un problema clave en el diseño de test es el desarrollo y aplicación de criterios comunes a la hora de su puntuación. En los test de inteligencia, por ejemplo, el criterio más utilizado ha sido el del éxito escolar, pero han sido puestos en duda por el matiz cultural que implican (los resultados podrían reflejar más que la capacidad de un niño para aprender, su aprendizaje previo, favorecido por el nivel social de su familia).

Para los test de interés y orientación vocacional, el criterio ha sido el de la persistencia en una ocupación determinada. En los test de personalidad hay desacuerdo entre los psicólogos sobre los criterios que deberían utilizarse. Aunque se han propuesto muchos, la mayoría de los test sólo refieren los aspectos concretos de la personalidad que tratan de evaluar.

En los test se han desarrollado también modelos estadísticos muy sofisticados, siendo los más eficaces los que tienen una base estadística compleja y sutil. Algunos psicólogos se han convertido en verdaderos expertos en la elaboración de test y otros instrumentos de medida para propósitos concretos, una vez acordada su finalidad.

### 3.5. Psicología social

La psicología social comprende diversas teorías que pueden ser clasificadas como teorías del equilibrio. Son las que se ocupan, tanto en la teoría como en la práctica, de cómo y por qué cambian los individuos sus actitudes. Si, por ejemplo, una audiencia escucha un discurso de una persona considerada respetable, normalmente esperan ideas con las que estén de acuerdo. Si éste no es el caso, la audiencia pasará a desestimar al orador, o cambiará de actitud y participará de las ideas expresadas. En suma, los oyentes modificarán sus actitudes hacia el orador o hacia sus ideas, buscando el equilibrio. Del mismo modo, las personas tienden a equilibrar o reconciliar sus propias ideas con sus acciones.

Al margen de este tipo de cuestiones, la psicología social también ha estudiado, entre otros temas, la conducta de masas y los fenómenos de grupo.

### 3.6. Psicopatología

Etimología el término psicopatología, etimológicamente *psyché* (*psyjé*) que significa alma o razón; *páthos* (pazos) que significa enfermedad y *logía* o *lógos*, que significa discusión o discurso racional. Dicho término puede ser usado en dos sentidos:

- a) Como designación de un área de estudio, aquella área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados ni por la maduración o desarrollo del individuo ni como resultado de procesos de aprendizaje, también entendidos como enfermedades mentales
- b) Para denotar conductas o experiencias indicadoras de enfermedad o trastorno mental, incluso cuando no constituyan un diagnóstico formal.

#### Historia de la psicopatología

La psicopatología vista desde el punto de los historiadores, tiene como objetivo entender como sentían y vivían las personas desde los tiempos antiguos hasta nuestros días.

La historia de la psicopatología se viene desarrollando desde época griega el imperio romano edad media hasta el siglo catorce con el mundo árabe luego Europa el renacimiento y las diferentes corrientes psicopatológicas:

##### a) Época griega

Es una cultura politeísta. *Esculapio* es el dios de la curación. Los enfermos peregrinaban a estos templos, a rezar, para curarse. En una buena parte de la cultura griega, se entendía la locura, como poseídos por un demonio. Esto no impide que grandes científicos y filósofos empiecen a hablar y describir enfermedades, con un origen físico. Es, en esta época, cuando aparece el “juramento hipocrático”.

*Hipócrates* nos dice que algunas enfermedades mentales tienen su origen en el cuerpo. Nos habla de la depresión post-parto, los delirios por infecciones, entre otros. Describe perfectamente,

cuadros febriles delirantes de los procesos infecciosos, cuadros de histeria e histrionismo y de la paranoia entre otros.

*Hipócrates* dice que la enfermedad mental tiene un origen somático. Encontró una explicación de la enfermedad mental, como causa biológica.

*Platón*, dijo que el cuerpo tiene materia y tiene espíritu (concepto dualista). Dividió el cuerpo, en parte física y en parte psicológica (alma), aunque a lo psicológico le da una interpretación pseudoreligiosa. Ya que divide el alma en alma mala y en alma buena.

*Aristóteles*, dijo que el alma humana tiene dos facetas: la racional (la que piensa) y la irracional. Son interpretaciones muy simples, Sin embargo, para aquella época, eran unas ideas muy adelantadas para su tiempo.

## b) Imperio romano

Los trastornos mentales eran pasiones y deseos insatisfechos que implicaban en enfermedad mental. La locura como atenuante de la imputación de responsabilidad por acciones delictivas: era el juez no el médico el que decía si estaba loco o no. *Corpus Iuris Cívilis* (Cuerpo de Derecho Civil, en latín) es la más importante recopilación de derecho romano de la historia.

Galeno (130-200 d.C.), médico famoso en la antigüedad después de *Hipócrates*. Reunió y coordinó todo el conocimiento médico de sus predecesores. Describió las enfermedades mentales y habla de trastornos mentales. Localizó el alma racional en el cerebro. Sus estudios de las lesiones cerebrales le llevaron a postular, que las lesiones encefálicas de un lado se corresponden con alteraciones en las extremidades del lado opuesto.

## c) Edad media (S. IX – S. XIV)

El Corán, dice que el hombre que ha perdido la razón, es el hombre que siempre dice la verdad. Como los locos eran “enviados de Alá”, crearon hospitales psiquiátricos, que parecían auténticos hoteles.

*Averroes*, filósofo y médico andalusí, maestro de filosofía y leyes islámicas, matemáticas y medicina; dedica un libro entero a describir enfermedades mentales. Trataba a los enfermos mentales con gran humanidad.

#### a) Europa

En Francia, en 1800, durante la primera revolución psiquiátrica científica se dieron los siguientes hechos relevantes: *Philippe Pinel* (1745-1826) Empirismo (no especulación); Tratado de Insania, clasificaba las enfermedades en cuatro tipos: Manía (dice que no posee lesión orgánica, lo que sería neurosis), Melancolía, Idiocia y Demencia (explica el origen de estas enfermedades por la herencia y las influencias ambientales ); se acuña el término de personalidad anormal; se cambia la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales; defensor del tratamiento moral: “liberó a los pacientes de sus cadenas”, se pedía participar al paciente en tareas terapéuticas estructuradas. Admite que los trastornos son debidos a la herencia y el ambiente.

#### b) La Iglesia Católica

Hace una interpretación de la enfermedad mental, lo cual viene a significar que los locos son poseídos por el demonio. Todo el mundo se lo creyó. Además, si el enfermo está poseído por el demonio, no puede ser curado, sino exterminado, en cárceles y en las hogueras.

Tomás de Aquino, tomó una posición organicista, es decir, que el loco tenía el problema de tener dañado un órgano. Atribuía a problemas físicos la enfermedad mental.

#### c) Renacimiento

Pasaron por la hoguera un número superior a 150,000 personas dementes. Eran personas ajusticiadas, por motivo de su trastorno mental.

Juan Luís Vives, era un médico valenciano, afincado en *Flandes*. Dijo, en su libro “el alivio de los pobres”, que había que aplicar tratamientos a los dementes, por lo cual murió en la hoguera. De hecho, la psicopatología, como ciencia, no se instaura sino hasta el siglo XIX.

Corriente fisiopatológica, establece que las personas que tienen un problema psicopatológico (mental), es debido a que tienen mal los nervios.

#### d) Psicopatología actual (principios del s. XX)

*Sigmund Freud* (1856-1939), médico neurólogo creador del psicoanálisis. Empleó la hipnosis para el tratamiento de la histeria, enfermedad que relacionó con problemas sexuales.

#### Estructuralismo

- ✓ *Wundt*, primer laboratorio de psicología experimental (estudio científico de la mente).
- ✓ Cronometría mental, existencia y duración de los procesos mentales (discriminación, atención, selección, elección, psicofisiología de la sensación, entre otros.).
- ✓ Estructuralista, la mente se podía descomponer en partes para estudiarla e introspeccionarla.

Hoy día, todos los profesionales de la salud dicen que enfermedad mental, es un conjunto de variables orgánicas y biológicas, además de las variables psicológicas y las variables sociales.

#### Modelos de psicopatología

Nacen del estudio histórico de lo acontecido con las enfermedades mentales y del acercamiento a las mismas según las escuelas.

Modelos influyentes y competidores acerca de la conducta anormal, surgieron durante el final del siglo XIX y principios del siglo XX; los modelos biológicos, psicoanalíticos y cognoscitivos-conductuales.

Cada enfoque ha influido el estudio y tratamiento de la conducta anormal, pero ninguna puede afirmar que es en definitiva la teoría correcta acerca de la conducta anormal:

#### Modelo biológico tradicional

Este modelo entiende que la enfermedad mental es igual a la enfermedad física, por lo que posee una etiología orgánica.

## Modelo intrapsíquico

Su máximo representante es Freud. Según este modelo la enfermedad mental está causada por las tensiones generadas por las fuerzas dinámicas enfrentadas dentro de la mente. Estas fuerzas actúan a nivel inconsciente.

## Modelo conductual

El postulado principal de esta corriente nos dice que no existe diferencia esencial entre la conducta patológica y la conducta normal. Ambas son fruto del aprendizaje a partir del ambiente.

- ✓ Se da una gran importancia a las influencias ambientales dejando las biológicas y genéticas en un segundo plano, aunque no se descartan por completo.
- ✓ Se basan en la observación de la conducta y no tienen en cuenta los procesos mentales.

## Modelo cognitivo

Fundamentalmente es un modelo de procesamiento de la información y por lo tanto la psicopatología será causada por alteraciones de algún tipo de procesamiento. Este modelo no estudia la conducta anormal manifiesta, sólo sus procesos.

## Modelo humanista

La conducta anormal está causada por un yo irreal, inconsistente o desorganizado y por las exigencias externas excesivas.

## Modelo científico

Existen dos tipos: Exógenos / endógenos

Exógenos: Enfocan la conducta anormal desde tres puntos de vista:

- ✓ Etiológico: estudia la influencia del ambiente (educación) en la conducta anormal
- ✓ Evolutivo: estudia cómo influyen las experiencias de las personas con alto riesgo de patología.
- ✓ Aprendizaje: buscan modelos de aprendizaje que expliquen la aparición de los trastornos.

## Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

### Psicopatía

Nombre genérico de un trastorno mental que se caracteriza por un comportamiento asocial. Enfermedad mental en especial la anomalía psíquica por obra de la cual, a pesar de la integridad de las funciones perceptivas y mentales, se halla patológicamente alterada la conducta social del individuo que la padece como consecuencia de una adaptación al medio.

#### a) Antecedentes

La psicopatía se clasifica como un trastorno diferenciado del trastorno de personalidad antisocial (TPAS) y del trastorno de límite de personalidad (TPL). A pesar de la alta superposición sintomática entre la psicopatía y otros trastornos de personalidad, sus consecuencias para la sociedad, justifican su estudio como entidad independiente.

Si bien la trasgresión es la constante en la conducta psicopática, no necesariamente, será lo suficientemente grave como para ser catalogada de conducta criminal. *Babiak y Hare* (2006) han publicado en su estudio “Psicópatas de cuello blanco”, que son sujetos de un elevado coeficiente intelectual, y que generalmente ocupan posiciones laborales de poder.

La psicopatía no constituye un fenómeno moderno, se encuentran antecedentes a lo largo de toda la evolución de la humanidad. La literatura proporciona abundantes muestras de ella. A su vez, se trata del primer trastorno psiquiátrico descrito. *Pinel* (1745-1826) precisa que se trataría de una forma de manía sin déficit en las facultades cognitivas, pero con un severo daño en la capacidad afectiva, lo que constituye una de las características descriptivas del psicópata.

Su conducta aparenta locura, pero al examen mental, el sujeto aparece con sus facultades cognitivas intactas a pesar de su extrema frialdad emocional.

#### b) Principales síntomas

La violencia suele ser un síntoma claro de psicopatía. Por lo tanto, es probable -si bien no certero- que un psicópata se comporte violentamente.

La criminalidad constituye una variable conductual: quien viola la ley se comporta de manera criminal. En este sentido, no hay una relación necesaria o exclusiva entre criminalidad y cualquier patrón de personalidad particular. Por lo tanto, la evaluación de la personalidad no puede ser utilizada para identificar si alguien es o no un criminal. Vale decir, que un individuo sea, por ejemplo, psicópata, paranoico o esquizoide no significa que con seguridad haya cometido o cometerá actos criminales.

Aún así, cabe aclarar que si bien psicopatía no es sinónimo de criminalidad, padecer este desorden aumenta las probabilidades de transgresión de reglas y leyes sociales. De hecho, en un estudio realizado con población reclusa, Hare (1999) halló que el 25% eran delincuentes psicópatas, y que estos tenían más probabilidades de reincidir que otros reclusos no psicopáticos. Estos resultados se comprenden si se considera que los principales inhibidores de la violencia y la conducta antisocial (empatía, vínculos emocionales, miedo al castigo, sentimientos de culpa, entre otros) son inexistentes o muy deficitarios en los individuos psicópatas.

La psicopatía suele ser, además, un indicador general de probabilidad de reincidencia sexual violenta. En otras palabras, aquellos individuos que hayan cometido un crimen sexual violento, si además de delincuentes sexuales son psicópatas, tienen mayor probabilidad de volver a cometerlo (Hare, 1999).

La psicopatología, también conocida como psicología de los procesos anormales o de las conductas desviadas, es quizá la especialidad más conocida y la que el público en general asocia cuando escuchan la palabra 'psicología', dado que los casos, historias y síntomas de pacientes que muestran comportamientos inadaptados afectan a la sensibilidad del público y provocan la curiosidad. Por ejemplo, sentir miedo por algo es absolutamente normal, pero estar todo el tiempo atemorizado sin que exista una causa real no lo es, aunque las barreras entre ambos estados, difíciles de delimitar incluso para los especialistas del tema, causen un alto grado de indeterminación. Por lo general, y debido a la fuerte orientación clínica de este enfoque, se hace más hincapié en la dinámica, causas y resultados de la enfermedad, pero los aspectos cognitivos de la misma pueden ser también estudiados.

Los sistemas de clasificación de la conducta desviada han cambiado por la mayor información y la modificación de los hábitos sociales. La clasificación que a continuación esbozamos deriva de los términos aceptados tradicionalmente, pero agrupa a las enfermedades mentales en términos de la práctica actual.

Los tres grandes grupos de desórdenes son: las psicosis, trastornos estructurales que implican una pérdida de contacto con la realidad (esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, paranoia y psicosis orgánicas) y las neurosis, trastornos no psicóticos, funcionales, que normalmente no suponen una pérdida de contacto con la realidad, aunque la vida del paciente se vuelve infeliz o dolorosa, incapacitándole para ciertas tareas. Entre las patologías y cuadros sistemáticos de las neurosis se encuentran: la ansiedad aguda, las fobias, las neurosis obsesivo-compulsivas y las histerias, así como los desórdenes de la personalidad o psicopatías, que incluyen las personalidades antisociales -psicópatas o sociópatas-, entre otros comportamientos desviados.

#### 4. Aplicaciones de la Psicología

La psicología tiene su aplicación en problemas que surgen prácticamente en todas las áreas de la vida social. Por ejemplo, los psicólogos asesoran a instituciones y organismos tan distintos como los tribunales de justicia o las grandes empresas. A continuación presentamos un breve resumen de las tres áreas principales de la psicología aplicada: psicología industrial, psicología de la educación y psicología clínica.

##### 4.1. Psicología industrial

Los psicólogos desempeñan diversas tareas en organizaciones empresariales y lugares de trabajo: en el departamento de personal o recursos humanos, en asesorías para la contratación y selección de personal, en la entrevista y realización de tests a los candidatos, en la elaboración de cursos de formación y en el mantenimiento de un ambiente laboral adecuado; otros investigan para los departamentos de marketing (mercadotecnia) y publicidad de las empresas, o directamente para este tipo de agencias; por último, también se dedican a investigar la organización metódica del

trabajo y a acondicionar el equipo o espacios laborales adaptándolos a las necesidades y potencialidades de los usuarios.

#### 4.2. Psicología de la educación

Los psicólogos de la educación trabajan en los problemas derivados del aprendizaje y la enseñanza; por ejemplo, investigan nuevos métodos para enseñar a los niños a leer o a resolver problemas matemáticos, con el fin de hacer el aprendizaje escolar más efectivo.

#### 4.3. Psicología clínica

Muchos psicólogos trabajan en hospitales, clínicas y consultas privadas, aplicando diferentes tipos de terapias a las personas que necesitan ayuda psicológica. Entrevistan y estudian a los pacientes y realizan tratamientos que no son médicos (con fármacos) ni quirúrgicos (mediante operaciones).

Una contribución especial de la psicología clínica es la terapia de conducta, basada en los principios del aprendizaje y el condicionamiento, con la que los terapeutas intentan modificar la conducta del paciente eliminando los síntomas negativos mediante el descondicionamiento sistemático o el refuerzo gradual de un comportamiento alternativo más positivo. Un paciente con fobia a los perros, por ejemplo, puede ser desensibilizado si progresivamente se le recompensa (refuerza) con una conducta de aproximación gradual a estos animales en situaciones no amenazadoras para el individuo. En otras formas de terapia, el psicólogo puede ayudar a los pacientes a comprender mejor sus problemas, buscando nuevas formas para enfrentarse a ellos.

### 5. Breve Historia de la Psicología Clínica

La Psicología Clínica es la rama de la ciencia psicológica que se encarga de la investigación de todos los factores, evaluación, diagnóstico psicológico, apoyo a la recuperación y prevención que afecten a la salud mental y a la conducta adaptativa, en condiciones que puedan generar malestar y sufrimiento al individuo humano. Y los psicólogos clínicos se interesan fundamentalmente en el diagnóstico, causa y tratamiento de los trastornos psicológicos.

La psicología clínica tiene algunas orientaciones teóricas primarias: Psicoanalítica o Psicodinámica, Humanista, Terapia de la conducta o Terapia Cognitiva y Terapia Familiar Sistémica. Prácticas centrales de esta disciplina son el diagnóstico psicológico y la consejería (la psicoterapia ejercida por un terapeuta capacitado tiene un rango aparte), así como también la investigación, enseñanza, consulta, testimonio forense y desarrollo de programas y administración. Se considera en Norteamérica que esta área de la psicología tuvo su inicio en el año 1896, cuando Lightner Witmer (1867-1956) creador del término “Psicología Clínica” y el cofundador de la primera clínica psicológica, en la Universidad de Pensilvania. También se reconoce en Europa como iniciador de la psicología clínica a Sigmund Freud y su teoría del psicoanálisis que ya en 1895 enfrentaba oposición por sus prácticas de intervención psicoterapéutica y planteamientos teóricos clínicos estructurados en tres niveles: investigación, intervención psicoterapéutica y formulación de teorías psicológicas y psicopatológicas anticipándose a Witmer y estableciendo los criterios fundamentales de la psicología clínica aplicada; a pesar de que ambos fundadores de la Psicología Clínica (Freud y Witmer) incluían el tratamiento como una de sus principales funciones, lo cierto es que el psicodiagnóstico, así como la investigación, fueron los mayores indicadores de identidad del psicólogo clínico. En la primera mitad del siglo XX, la psicología clínica estuvo enfocada en la evaluación psicológica, con poca atención hacia el tratamiento. Este enfoque se vio invertido después de la década de 1940, cuando la Segunda Guerra Mundial produjo un incremento en la necesidad de clínicos capacitados.

La psicología clínica puede ser confundida con la psiquiatría ya que generalmente tienen metas similares (por ejemplo, el alivio de trastornos mentales), pero la diferencia principal es que la formación de base de los psicólogos clínicos es la psicología (la conducta humana) y la de los psiquiatras es la medicina (el cuerpo humano), por otra parte, al ser médicos, están legalmente autorizados para prescribir medicamentos. En la práctica los psicólogos y psiquiatras trabajan juntos en equipos multidisciplinarios junto a otros profesionales, como terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, para dar un enfoque multidisciplinar a problemas complejos que afectan a los pacientes.

Hay diversas maneras de entender el contacto con el objeto de estudio clínico. Para algunos es difícilmente observable y medible, por lo que se recurre de hecho a métodos cualitativos que no necesariamente cumplen con los criterios demarcadores de lo que se considera científico. Para otros, en cambio, el foco de acción debe estar dirigido siempre a la observación y el diagnóstico de la conducta, definiendo este ámbito como lo verdaderamente observable para la construcción de teoría y al tratamiento de los "trastornos" conductuales.

## 6. El Duelo

La palabra “duelo” proviene del latín y significa dolor, lástima, aflicción o sentimiento.

De alguna manera, todos a lo largo de nuestras vidas pasamos por procesos de duelo, sin embargo, la pérdida de un ser querido supone una de las experiencias más dolorosas que hay, el sentimiento de pérdida puede hacer que toda la vida se tambalee y aunque implica un sufrimiento intenso, no indica necesariamente la existencia de patología, aunque sí la necesidad de abordarlo, buscando ayuda psicológica que facilite el proceso de superación y adaptación.

Habitualmente el duelo se refiere al estado de aflicción relacionado con la muerte de un ser querido y que puede presentarse con síntomas característicos de un episodio depresivo mayor. Sin embargo, el término duelo y procesos de duelo puede también aplicarse a aquellos procesos psicológicos y psicosociales que se ponen en marcha ante cualquier tipo de pérdida (la pérdida de un ser querido, los fracasos escolares, las situaciones de abandono, divorcio, separación, rechazo de los padres; los problemas familiares, los cambios de domicilio, los problemas económicos, la pérdida de empleo, el diagnóstico de una enfermedad grave o invalidante).

Todos estos factores estresantes pueden originar igualmente reacciones desadaptativas con manifestaciones de índole depresiva y emocional como tristeza, llanto, desesperanza, impotencia, rabia y culpa, además de disfunción importante a nivel social y laboral.

En un sentido más amplio podemos entender el duelo y procesos de duelo como el conjunto de representaciones mentales y conductas vinculadas con una pérdida afectiva.

El duelo no es un trastorno mental aunque el DSM-IV lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos adicionales que pueden requerir atención clínica, y la CIE 10 clasifica dentro de los trastornos adaptativos, sólo a las reacciones de duelo que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenidos.

El duelo normal se inicia inmediatamente después, o en los meses subsiguientes, a la muerte de un ser querido. Los signos y síntomas típicos del duelo son: tristeza, recuerdo reiterativo de la persona fallecida, llanto, irritabilidad, insomnio y dificultad para concentrarse y llevar a cabo las labores cotidianas. El duelo tiene una duración variable que, normalmente no es superior a seis meses, sin embargo un duelo normal puede acabar provocando un trastorno depresivo completo que requiera tratamiento.

El duelo, el luto y el sentimiento de pérdida, son términos que se refieren a las reacciones psicológicas de los que sobreviven a una pérdida significativa. El duelo es el sentimiento subjetivo provocado por la muerte de un ser querido. Suele utilizarse como sinónimo de luto, aunque en sentido estricto, el luto se refiere al proceso mediante el cual se resuelve el duelo, a la expresión social de la conducta y las prácticas posteriores a la pérdida. El sentimiento de pérdida es el estado de sentirse privado de alguien a consecuencia de la muerte. En general, es preferible hablar del luto para referirnos a los aspectos y manifestaciones socioculturales y socio-religiosas de los procesos psicológicos del duelo y reservar el término de duelo y procesos de duelo para los componentes psicológicos, psicosociales y asistenciales del fenómeno. Por elaboración del duelo o trabajo de duelo se entiende la serie de procesos psicológicos que, comenzando con la pérdida, termina con la aceptación de la nueva realidad. Es un proceso psicológico complejo para deshacer los vínculos establecidos y elaborar el dolor de la pérdida. El duelo normal es una respuesta normal, con un carácter predecible de sus síntomas y de su desarrollo. Al principio suele manifestarse como un estado de “*shock*” caracterizado por aturdimiento, sentimiento de perplejidad y aparente dificultad para captar el alcance de lo ocurrido. Suele ser breve, y es seguido de expresiones de dolor y malestar como llanto y suspiros. También suelen presentarse sensación de debilidad, pérdida de apetito y peso, dificultad para concentrarse, para respirar y para hablar e insomnio; son frecuentes los sueños

sobre la persona fallecida, que producen una sensación desagradable al despertar y comprobar que se trataba sólo de un sueño.

Es común el autorreproche, menos intenso que en un duelo patológico, caracterizado por pensamientos que suelen centrarse en actos relativamente triviales que se hicieron o se dejaron de hacer con el difunto.

Las personas que se sienten aliviadas de que se haya producido la muerte del otro y no la suya suelen experimentar lo que se denomina culpabilidad del superviviente; creen, a veces, que son ellos los que deberían haber muerto.

A lo largo del proceso del duelo tienen lugar varias formas de negación; con frecuencia la persona que experimenta el duelo se comporta o reacciona como si la muerte no se hubiera producido. Los intentos por perpetuar la relación pérdida se manifiestan en actitudes tales como seguir comprando objetos que gustaban al difunto o estimulan su recuerdo.

Es frecuente la sensación de presencia del fallecido, que puede ser tan intensa que llegue a provocar ilusiones o alucinaciones (oír la voz o sentir la presencia del difunto), en un duelo normal, sin embargo, el superviviente reconoce que la percepción no es real.

También pueden presentarse fenómenos de identificación, en los que el superviviente puede adoptar cualidades, gestos y características de la persona fallecida con objeto de perpetuarla de un modo concreto. Estas maniobras pueden alcanzar proporciones potencialmente patológicas, desarrollando síntomas físicos similares a los que padeció el fallecido o que sugieren la misma enfermedad que provocó la muerte. Bowlby planteó cuatro fases en el duelo:

La fase 1, “fase de entumecimiento o *shock*”, es la fase temprana de intensa desesperación, caracterizada por el aturdimiento, la negación, la cólera y la no aceptación. Puede durar un momento o varios días y la persona que experimenta el duelo puede recaer en esta fase varias veces a lo largo del proceso de luto.

La fase 2, “fase de anhelo y búsqueda”, es un período de intensa añoranza y de búsqueda de la persona fallecida, caracterizada por inquietud física y pensamientos permanentes sobre el fallecido. Puede durar varios meses e incluso años de una forma atenuada.

La fase 3 o “fase de desorganización y desesperanza”, en la que la realidad de la pérdida comienza a establecerse, la sensación de sentirse arrastrado por los acontecimientos es la dominante y la persona en duelo parece desarraigada, apática e indiferente, suele padecer insomnio, experimentar pérdida de peso y sensación de que la vida ha perdido sentido. La persona en duelo revive continuamente los recuerdos del fallecido; la aceptación de que los recuerdos son sólo eso provoca una sensación de desconsuelo.

La fase 4, “fase de reorganización”, es una etapa de reorganización en la que comienzan a remitir los aspectos más dolorosamente agudos del duelo y el individuo empieza a experimentar la sensación de reincorporarse a la vida, la persona fallecida se recuerda ahora con una sensación combinada de alegría y tristeza y se internaliza la imagen de la persona perdida

## Período del duelo

Aunque todos los individuos manifiestan su duelo de manera muy distinta, las manifestaciones del duelo tienden a perdurar en el tiempo. La duración e intensidad del duelo, sobre todo en sus fases más agudas, depende de si la muerte se ha producido de manera más o menos inesperada. Si la muerte se produce sin aviso, el “*shock*” y la incredulidad pueden durar mucho tiempo; cuando la muerte se espera desde hace mucho tiempo (duelo anticipatorio), gran parte del proceso de duelo ya se ha realizado cuando se produce la muerte. Tradicionalmente el duelo dura entre seis meses y un año, algunos signos y síntomas pueden persistir mucho más y es posible que algunos sentimientos, conductas y síntomas relacionados con el duelo persistan durante toda la vida. Los duelos normales se resuelven y los individuos vuelven a su estado de productividad y de relativo bienestar. Por lo general los síntomas agudos del duelo se van suavizando y entre el primer y segundo mes posterior a la pérdida, la persona en duelo es capaz de dormir, comer y volver a realizar las actividades cotidianas.

## Duelo patológico

El duelo patológico o anormal puede adoptar diversas formas, que van desde la ausencia o el retraso en su aparición, hasta el duelo excesivamente intenso y duradero, pasando por el duelo asociado a ideaciones suicidas o con síntomas claramente psicóticos.

Tienen mayor riesgo de sufrir un duelo patológico los que experimentan una pérdida repentina o en circunstancias catastróficas, los que están aislados socialmente, los que se sienten responsables de la muerte (ya sea real o imaginaria su responsabilidad), los que tienen historia de pérdidas traumáticas y los que mantenían una relación de intensa ambivalencia o dependencia con el fallecido.

Otras formas anormales de duelo se producen cuando algunos aspectos del duelo normal se distorsionan o magnifican hasta alcanzar proporciones psicóticas. Por ejemplo, identificarse con el fallecido adoptando alguno de sus rasgos o atesorando sus pertenencias puede ser considerado normal; pero creer que uno mismo es el fallecido o estar seguro de que se está muriendo de lo mismo de lo que murió el difunto no lo es. Oír la voz efímera y momentánea del fallecido puede ser normal; no obstante las alucinaciones auditivas complejas y persistentes no son normales. La negación de ciertos aspectos de la muerte es normal; sin embargo, la negación que implica la certeza de que la persona muerta sigue viva, no lo es.

## El duelo en los niños

El proceso de duelo en los niños es un proceso similar al de los adultos, sobre todo cuando el niño es capaz de entender la irreversibilidad de la muerte. El proceso de duelo se parece al de separación porque ambos tienen tres fases: protesta, desesperación y ruptura del vínculo. En la fase de protesta el niño añora amargamente a su madre o a su sustituto fallecidos y llora suplicando que vuelvan; en la fase de desesperanza, el niño empieza a perder la esperanza de que su madre regrese, llora de manera intermitente y se sumerge en un estado de abandono y apatía; en la fase de la ruptura del vínculo, el niño empieza a renunciar a parte del vínculo

emocional con el fallecido y a mostrar un cierto interés por el mundo que le rodea.

La duración de un período de duelo normal en niños puede variar y depende particularmente del apoyo que recibe.

Al tratar a un niño en duelo, el médico debe reconocer su necesidad de encontrar un sustituto del padre o la madre perdidos. Los niños suelen transferir esa necesidad a varios adultos, en lugar de a uno solo. Si no encuentra a nadie que pueda satisfacer sus necesidades, puede sufrir un daño psicológico grave que le impida seguir buscando o esperar encontrar intimidad en ninguna relación futura.

La importancia de manejar la reacción de duelo en los niños se avala por pruebas de que los trastornos depresivos y los intentos de suicidio son más frecuentes entre los adultos que vivieron durante su infancia la pérdida de uno de sus padres.

Una duda que suele plantearse es si el niño debe o no acudir al funeral de sus padres. No existe una regla clara. La mayoría de los expertos coinciden en que, si el niño lo desea se debe respetar su decisión; si el niño se muestra reacio o se niega a asistir, se debe también respetar su deseo. En la mayoría de los casos es mejor, probablemente animar al niño a que asista, para que la ceremonia no quede envuelta en un misterio o fantasía aterradora.

Los niños que se encuentran en un período típico de duelo pueden también cumplir criterios de trastorno depresivo mayor cuando los síntomas persisten más de dos meses después de la pérdida.

## El duelo en los padres

Los padres reaccionan ante la muerte de un hijo o ante el nacimiento de un hijo deforme siguiendo unas fases similares a las que describió Kubler-Ross en los enfermos terminales: “*shock*”, negación, cólera, negociación, depresión y aceptación. La muerte de un niño puede ser una experiencia emocional más intensa que la de un adulto. Los sentimientos parentales de culpa y de desolación pueden ser insoportables; los padres creen que de alguna manera no

supieron proteger a su hijo. Una causa adicional del dolor es la destrucción de las esperanzas, deseo y expectativas que se habían puesto en la nueva generación. Las manifestaciones del duelo pueden muy bien perdurar para toda la vida.

La muerte repentina suele ser más traumática que la muerte prolongada, porque cuando la muerte es inminente puede iniciarse el duelo anticipatorio. El estrés que provoca la muerte de un hijo puede provocar la desintegración de un matrimonio en el que hubiera conflictos previos. Uno de los padres puede culpar al otro por la enfermedad mortal del hijo, sobre todo si se trata de una enfermedad de base hereditaria. Algunos estudios indican que más del 50% de los matrimonios que pierden un hijo o que tienen un hijo con malformaciones terminan en divorcio.

Hasta hace poco se infravaloraba en los casos de muerte perinatal, el valor de los lazos que se establecen entre el feto y el neonato y sus futuros o recientes padres. En la actualidad se considera que la pérdida perinatal es un importante trauma para ambos padres. Los padres que experimentan esta pérdida atraviesan por un período de duelo similar al que se produce con la muerte de un ser querido.

También se produce un sentimiento de pérdida ante el nacimiento de un feto muerto o ante un aborto inducido a causa de una anomalía fetal diagnosticada previamente. Como se ha mencionado antes, el vínculo con el hijo no nacido se establece incluso antes del nacimiento y el luto y el duelo acompaña a su pérdida, independientemente del momento en que esta se produzca. Sin embargo, el duelo que se experimenta después de una pérdida producida en el tercer trimestre de embarazo suele ser más intenso que el que acompaña a la pérdida en el primer trimestre. Algunos padres no quieren ver el feto muerto y sus deseos deben respetarse. Otros prefieren tenerlo en sus brazos y este acto puede contribuir al proceso de duelo.

## El duelo en ancianos

La pérdida es el tema principal que caracteriza a las experiencias emocionales de los ancianos. Tienen que enfrentarse al duelo de múltiples pérdidas (del esposo o esposa, los amigos, los

familiares, los colegas), el cambio de estatus laboral y de prestigio y el declive de las capacidades físicas y de salud. Gastan cantidades elevadas de energía física y emocional en el duelo, la resolución y la adaptación a los cambios que produce la pérdida. Muchos ancianos pueden vivir en situación de duelo permanente debido a la pérdida sucesiva de personas cercanas (familiares, amigos, compañeros del hogar de jubilados). En esta situación, las sucesivas manifestaciones afectivas del duelo son menos intensas, pero sin embargo, no desaparecen por completo.

## 7. El trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Es uno de los trastornos de ansiedad, junto con las fobias específicas (orientadas hacia un objeto determinado), la fobia social, el trastorno por estrés postraumático, la agorafobia, el trastorno de pánico o el trastorno obsesivo-compulsivo.

Se caracteriza por un patrón de preocupación y ansiedad frecuente y persistente respecto de una variedad de eventos o actividades. Los síntomas deben extenderse al menos por 6 meses para poder efectuar el diagnóstico.

Los síntomas psicológicos son: preocupación crónica y exagerada, agitación, tensión e irritabilidad, aparentemente sin causa alguna, o más intensas de lo que sería razonable en esa situación en particular. La gente que la padece también puede tener problemas de concentración y dificultades para conciliar el sueño (siendo el primero que se afecta en cualquier trastorno), con frecuencia suelen aparecer signos físicos, como temblores, dolor de cabeza, mareos, agitación, tensión muscular, dolores o molestias, molestias abdominales y sudoración.

El TAG está probablemente causado por una combinación de factores biológicos y de circunstancias vitales. Muchas de las personas que la padecen también experimentan otros trastornos médicos, como depresión y/o pánico, que al parecer implican cambios en los procesos químicos cerebrales, en particular anomalías en los niveles de la serotonina. Es común en este tipo de pacientes el llevar consigo tiras de medicamentos, generalmente benzodiazepinas para

aliviar un supuesto brote súbito de ansiedad, el no portar los medicamentos puede ser una causa más de ansiedad para ellos.

Se trata con psicoterapia, antidepresivos (tricíclicos, ISRS), buspirona y (a corto plazo) benzodiazepinas. Podemos definir las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro. Estas respuestas, ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas para la especie humana. Significa esto que ejercen una función protectora de los seres humanos. El ser humano durante miles de años se ha tenido que enfrentar a infinidad de peligros; cuando estos se presentaban, las respuestas más eficaces para preservar la integridad del sujeto eran dos: la huida o la lucha. Los mecanismos, psicofisiológicos humanos, que preparan para la huida o la lucha (respuestas de ansiedad) han cumplido un eficaz papel a lo largo de los tiempos. El problema es que el ser humano ya no tiene que enfrentarse con animales que corren detrás de él para convertirlo en su cena; en cambio otros muchos agentes estresantes le rodean y le acompañan a lo largo de su existencia, haciendo que el fantasma del peligro le aceche detrás de cualquier situación inofensiva.

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02) Criterios para el diagnóstico:

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia

2. Fatigabilidad fácil

3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

4. Irritabilidad

5. Tensión muscular

6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

8. El sentimiento de culpa

En nuestra vida experimentamos multitud de situaciones que nos despiertan sentimientos y emociones. Unos son de alegría y regocijo, y estimulan la risa e incluso el llanto de emoción. Otros son de tristeza y dolor, y nos llevan al silencio y al desconsuelo. Esto último sucede con el sentimiento de culpa. Cuando aparece, si no se sabe manejar correctamente, puede conducirnos al

bloqueo y al encierro en nosotros mismos. Ser consciente de ello nos ayudará a superarlo y a encauzar el juicio sobre nuestra persona sin convertir la culpa en castigo.

### ¿Por qué la culpa es tan fuerte?

La culpa está conectada con el instinto de muerte y con la autodestrucción. Mal asumida, arrastra a la persona a la pasividad, dejándola en una situación de indefensión y a merced de que alguien o algo externo le libere de ella. Esa persona, ideología o creencia alcanza tal poder que impedirá ejercer la propia responsabilidad.

El sentimiento de culpa nos influye tanto porque tenemos miedo a ser abandonados y nos dificulta el responsabilizarnos de nuestra propia vida. Se teme al abandono pues la necesidad de ser amados y aceptados es una aspiración innata en todos nosotros, y cuando la culpa se interioriza contra nosotros mismos, dejamos de creer en nuestra valía personal y nos juzgamos no merecedores del amor. Como consecuencia, intentamos ser como creemos que las otras personas quieren que seamos, y así evitar que nos abandonen. Pero sucede que nuestra verdadera forma de ser termina manifestándose, y el miedo al abandono se incrementa. Surge entonces la agresividad hacia uno mismo a través del autorreproche y la crítica constante, con el propósito de redimirse y ser capaz de ser dueño de la propia vida. Pero sólo se consigue interiorizar cada vez más la desvaloración personal, y la redención nunca llega, pues buscamos que alguien nos libere. Y no es posible, ya que es la culpa la que nos impide ser libres, no los otros.

### ¿Cómo sabemos que la culpa nos amenaza?

Señales físicas (presión en el pecho, dolor de estómago, de cabeza, de espalda), señales emocionales (nerviosismo, desasosiego, agresividad, irascibilidad) y señales mentales (pensamientos de autoacusaciones y autorreproches) nos alertan de que la culpa está siendo mal administrada.

Hay señales físicas que nos avisan de que estamos administrando mal la sensación de culpa.- Es más probable que sea así cuando mantenemos un sistema de pensamiento polarizado (pensamos que las cosas son blancas o negras, buenas o malas, y no admitimos el término medio); negativo (tan sólo tenemos en cuenta los detalles negativos y además los magnificamos, sin atender a los aspectos positivos); rígido (nos basamos en un sistema de normas estricto donde el deber prevalece en todas nuestras acciones), sobredimensionado (abandonamos la responsabilidad de nuestra vida y pasamos a responsabilizarnos de las vidas de los demás y de cuanto ocurre a nuestro alrededor) o perfeccionista (el nivel de exigencia lo colocamos en la perfección y ésta en todos los actos que llevemos a cabo).

Como todo sentimiento, la culpa está precedida y es consecuencia de la escala de valores con que nos regimos en la vida. Si se produce un desencuentro entre nuestro ideal de cómo ha de ser nuestro comportamiento y la realidad vivida, causará dolorosos conflictos personales que desembocarán en la generación de alguna de las tres maneras de reaccionar ante los acontecimientos:

- ✓ Reacciones intrapunitivas: nos sentimos culpables exclusivos de todo lo ocurrido.
- ✓ Reacciones extra punitivas: culpabilizamos de todo, inclusive de nuestros males, a los demás, como forma de des responsabilizarnos ante lo sucedido.
- ✓ Reacciones impunitivas: pensamos que nadie tiene la culpa de nada, que son las circunstancias sin más. Esta forma de razonar puede tener de bueno el conseguir descargar el agobio y no hacer más penosa la situación, pero como contrapartida, y habrá que estar alerta, se puede caer en la simplificación y la irresponsabilidad.

### Culpa sí, pero no castigo

Cuanta mayor concordancia exista entre nuestro pensar y actuar, y cuanto más lejos se mantenga nuestro razonamiento de absolutos, rigideces y perfeccionismos, menos veces se nos generará el sentimiento de culpa. Pero sin duda, cuando somos incoherentes, el sentimiento de culpa aparece. En ese momento, en la medida en que aparquemos la descalificación y el castigo, nos liberaremos

de la paralización y mantendremos la suficiente fluidez interna que nos llevará a abordar nuestras faltas de coherencia como problemas a resolver y no como losas autodestructivas.

Ahora bien, incluso practicando lo anterior no estamos exentos de que se nos encienda esa señal de la culpa con capacidad de ser dolosa. El problema no radica en sentirla, sino en cómo afrontamos su presencia.

Cuando se presenta la culpa, el reto es convertir ese sentimiento en:

- ✓ Una señal, que sirve para cuestionarnos cómo hacemos lo que estamos haciendo. A veces es bueno que nos encontremos en entredicho: las revisiones personales posibilitan nuestro enriquecimiento.
- ✓ Un momento de reflexión y análisis de por qué nos surge, sin entrar a desvalorizarnos ni a hundirnos en el desasosiego y el sufrimiento.
- ✓ Un diálogo interior que nos lleve a designar y concretar cuál es la conducta por la que sentimos la culpa.
- ✓ La búsqueda de soluciones, o en su defecto alternativas a cómo reparar el daño causado.
- ✓ La petición de perdón a las personas afectadas por nuestra conducta.

Si el sentimiento de culpa nos afecta de tal forma que nos conduce a una situación emocional que nos impide un análisis claro, conviene acudir a un profesional para que pueda ayudarnos a encontrar las soluciones adecuadas.

### Sacar lo positivo de la culpa

Si ante la culpa no ejercemos nuestra responsabilidad y nos sumimos en la paralización del miedo, caeremos en la descalificación personal (somos malos, egoístas....) y en el autocastigo (agresividad que provoca sufrimiento). Pero también podemos ver en su manifestación una función saludable, pues nos hace conscientes del conflicto y, a partir de ahí, seremos capaces de analizar las soluciones y dar los pasos oportunos que restablezcan nuestro vivir coherente.

Podremos descubrir que la trasgresión de la norma que provoca la culpa se produce porque:

- ✓ Nos guiamos por un sistema de pensamiento polarizado, rígido, negativo, sobredimensionado o perfeccionista.
- ✓ Existen unas circunstancias especiales, en la que hay que tener en cuenta nuestras necesidades del momento.
- ✓ Pretendiéndolo o no, nuestra actuación no se adecua a nuestros valores.

Si se trata de los dos primeros casos, comprobamos que el código no es inamovible y por tanto podemos flexibilizar, contextualizar y dar más precisión y puntualización a la norma transgredida. No se trata de destruir la norma, sino de enriquecerla despojándola de su rigidez. Si la culpa se presenta por haber sido incoherentes con nuestro sistema de valores, habremos de responsabilizarnos de las consecuencias, hacernos cargo de lo que éstas supongan y pedir perdón a quien haya resultado dañado por nuestro comportamiento

## 10. El duelo después del aborto

En el aborto, como en toda pérdida, debe realizarse un proceso de duelo, pero en este caso particular, se considera que es complicado sino no se cuenta con el apoyo social (familia, pareja o amigos) o con el acompañamiento psicológico, pues las mujeres que abortan sufren una serie de sentimientos que obstaculizan la elaboración del duelo, tales como la negación, la culpa, la represión, etc. Las cuales, en varias ocasiones, son reforzadas por la sociedad, al rechazar a estas mujeres como dolientes de una pérdida que no es reconocida como importante y, por el hecho de que las señalen, lo cual implica un aumento de la culpabilidad.

Pero estos sentimientos obstaculizadores y, el proceso de duelo como tal, varían de acuerdo a que el aborto sea natural o inducido. Entonces, veremos algunos de los sentimientos y comportamientos que caracterizan a las mujeres que sufren esos tipos de aborto y cuales son las implicaciones que tienen en la obstrucción del proceso de duelo.

## Aborto natural

Este puede traer consigo un duelo menos complicado, por el hecho de que la mujer, la mayoría de las veces recibe mucho apoyo de su familia y amigos que solidarizan con ella y comparten los sentimientos de tristeza por esa pérdida tan temprana y súbita.

Sin embargo hay algunas experiencias que no permiten que el duelo tras un aborto natural tenga un desarrollo fácil.

Entre ellas está el hecho de que la mayoría de las mujeres prefieren no ver el cadáver para no confrontarse con posibles malformaciones o mutilaciones, lo cual implica que no se enfrenten con la única prueba física de la realidad: su hijo ha muerto; este puede ser un contribuyente a que la negación, que es la primera reacción a una pérdida, se haga mas difícil de eliminar o, en el peor de los casos, se perpetúe. Asimismo, hay carencia de actos rituales que permitan hacer una simbolización de la pérdida.

Aparece también la necesidad de culpar a alguien que, por lo general, es a ellas mismas, lo que las lleva a pensar que no tuvieron los suficientes cuidados durante su embarazo, que no fueron responsables y que no pudieron hacer nada para evitar el aborto (sentimiento de impotencia); en otros casos la culpa recae también sobre la pareja, “si mi marido no hubiera deseado tantas relaciones sexuales, esto no habría ocurrido”.

Se encuentra también, que las personas son muy reacias a hablar de lo ocurrido y de sus sentimientos hacia ello, lo que hace que permanezca ahí como un enigma, como algo que es mejor no mencionar y que debe olvidarse lo más pronto posible, lo cual permite también la negación o la represión de lo ocurrido, se evita por doloroso, pero se deja de lado que por medio de la dialéctica se comienza un proceso de recuperación. Entonces los amigos o familiares de la doliente, al negarse a hablar del caso, caen en palabras que para ellos son de consuelo, pero en realidad llevan subyacentes la negación: “Eres joven, puedes tener otros hijos”, “Embarázate enseguida”, “En vez de pensar en esto, piensa en tus hijos sanos”, “Es mejor perderlo ahora que de mayor”, “Es la voluntad de Dios”, “Por suerte nació muerto, así no te encariñaste con él”...

Es posible que a un aborto se ligen otro tipo de pérdidas, como la de la fertilidad, que conlleva una profunda preocupación en la mujer o aumenta el dolor en caso de que si haya una pérdida real de ella; también es muy común que ocurra un rompimiento en la relación de pareja, pues algunos suelen no entender los sentimientos y reacciones subjetivas del otro –que son más son más fuertes en la mujer- y por lo tanto entran en conflicto. Así, una sola pérdida trae otras consigo e implica la elaboración simultánea de duelos, y por lo tanto no permite la focalización en uno de ellos, haciendo que el proceso sea más complicado.

Aunque las anteriores características pueden incidir profundamente en la obstaculización del proceso de duelo, no son imposibles de superar y la mayoría de mujeres, dado que cuentan con el apoyo de su grupo social, pueden elaborar su duelo sin necesidad de acudir a ayuda psicológica.

### Aborto inducido

Aunque la mujer que se practica un aborto siente, en un primer momento, alivio, este es pasajero y viene seguido de varios sentimientos y conductas negativos que le impiden elaborar un duelo “normal” por esa pérdida y aparece la posibilidad de sumirse en un estado bastante patológico (depresión o melancolía), que puede durar meses, años o toda la vida.

Lo primero que aparece, es un sentimiento de culpa bastante fuerte que está ligado, primero, al hecho de reconocerse como la responsable de la muerte de un humano que venía en camino, el propio hijo y, segundo, por la connotación social que tiene el aborto provocado, es un asesinato que, como cualquier otro, tiene consecuencias penales. Entonces la mujer se siente una criminal que está obligada a guardar silencio para no ser descubierta y por lo tanto evita buscar ayuda.

Además la mujer sabe que ha cometido algo en contra de su naturaleza, ella está biológicamente preparada para tener sus hijos dentro de sí mientras se preparan para nacer, tiene la capacidad de protegerlos y alimentarlos en el vientre y, sin embargo, decide interrumpir ese proceso, antes de que de él surja como resultado una vida que estará bajo responsabilidad, y no anticipa que ahora será una muerte bajo su responsabilidad.

## Capítulo 3

### Referente Metodológico

#### 3.1 Programa del Curso



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA**

*“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”*

**FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

#### PROGRAMA DE ESTUDIO

Carrera:	PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL		Ciclo:	2011
Nombre del Curso:	PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA V		Código:	5237
Pre-requisito:	PRÁCTICA IV		Código:	
Trimestre:	I-II-III		Jornada:	Sábados
Nombre del Catedrático:	Licda. Cynthia Brenes		Sección:	Única
Extensión:	El Naranjo			

<b>FECHA DE RECEPCIÓN</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>			
	01	2,011			
			<b>Sello Registro y Control Académico</b>	<b>Firma Catedrático</b>	<b>Vo.Bo. Decano</b>

## II. Propósito del Curso

LA PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA es dada durante el último año de la carrera de Psicología y Consejería Social sirviendo como requisito de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que los alumnos deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional.

La Práctica Profesional Dirigida debe ser complementada con el Seminario de Integración y demás actividades programadas para aplicar la Psicología y Consejería Social. Los alumnos podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

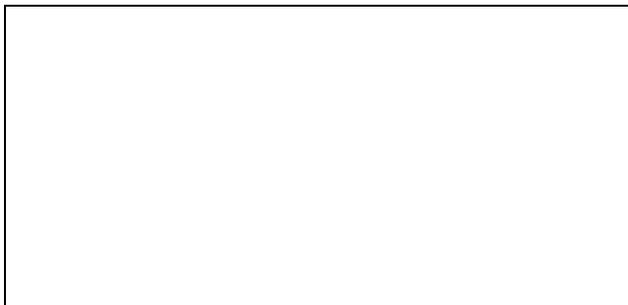
## III. Objetivos

### Generales

Durante la Práctica Profesional Dirigida se atenderán adultos, adolescentes y niños con necesidad de atención psicológica así como poblaciones en riesgo. El perfil de los centros de práctica que se seleccionarán generalmente serán instituciones de salud mental, Centros de Salud, Instituciones de servicio a la comunidad, ONG'S y otros.

### Específicos

- ✓ Dar al futuro psicólogo la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.
- ✓ Motivar al estudiante en ser un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca.
- ✓ Atender casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- ✓ Elaborar programas de salud mental y aplicarlos.
- ✓ Dar capacitaciones, talleres y servicios a grupos de personas con conflictos o temas a trabajar específicos relacionados a la psicología y consejería.
- ✓ Conocer áreas de riesgo en la sociedad guatemalteca para formarse una conciencia social y posteriormente aplicar su ejercicio profesional en la resolución de problemas sociales.



- ✓ Investigar temas relacionados de interés en su aplicación práctica.
- ✓ Dejar beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.
- ✓ Autoevaluarse en su actuar durante la práctica.

#### IV. Contenido Temático del Curso

1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico.

2. Participación en eventos relacionados con la Psicología y Consejería Social
3. Trabajo en comunidades de riesgo
4. Detección de situaciones de resiliencia
5. Creación de programas y proyectos

#### V. Criterios para el desarrollo del curso o metodología

La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido. La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.

La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.

Los alumnos deberán seguir los lineamientos por la supervisora de práctica, los cuales se dan desde el inicio del curso.

Dentro del Campus, la clase de práctica se dividirá en dos momentos: la primera hora de clase, se enfocará en la presentación de casos de parte de los estudiantes, en los que deberán escoger un caso de los que tengan a su cargo, y presentarlo a la clase según especificaciones presentadas con anticipación para su retroalimentación. En la segunda hora, se hará la supervisión de casos en grupo, en donde cada alumno llevará un caso para presentar a la supervisión, con dudas y situaciones en las que necesite guía y retroalimentación, tanto de parte del docente, como de sus compañeros.

## VI. Formas o Técnicas de Evaluación

Las áreas a evaluar les son informadas a los alumnos en cada una de las fases, pues éstas cambian en función de las actividades realizadas.

Cada inicio de fase se les entrega un MEMO, abordando las áreas que deben reforzar y sobre las cuales se evalúa.

El proceso de evaluación es uno sólo, lo cual implica que el trabajo en el Centro de Práctica, tanto como en la clase presencial en la Universidad, afecta su nota.

Al finalizar deberán presentar un informe final y someterse a los requerimientos estipulados. El practicante será evaluado según su actuación durante el transcurso de la práctica, tanto por la Universidad como por las autoridades del centro donde la realizó.

Es importante resaltar que la evaluación tomará en cuenta tanto aspectos teóricos y de aplicación de los contenidos en la práctica directamente, así como su actitud profesional y su ética en el manejo de los casos, indispensables para un profesional de la psicología y consejería.

## VII. Calendarización o Cronograma de Actividades

### ***I TRIMESTRE***

<b><i>Fecha</i></b>	<b><i>Actividad programada</i></b>
<b>Enero</b>	
Sábado 22	Entrega de programa, explicación de procedimientos y registros.
Sábado 29	Explicación de hojas de registro de procesos y Perfil Institucional.
<b>Febrero</b>	
Sábado 5	Entrega de autorización escrita de centros de práctica. Reforzamiento de temas de evaluación, diagnóstico e intervención.
Sábado 12	Ídem
Sábado 19	Primera parte: presentación de caso 1 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Sábado 26	Primera parte: presentación de caso 2 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
<b>Marzo</b>	
Sábado 5	Primera parte: Presentación de caso 3 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual mes de febrero
Sábado 12	Primera parte: Presentación de caso 4

	Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2 Entrega Perfil Institucional
Sábado 19	Primera parte: presentación de caso 5 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Sábado 26	Primera parte: presentación de caso 6 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
<b>Abril</b>	
Sábado 2	Primera parte: Presentación de casos 7 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1 Entrega informe mensual marzo Entrega de planificación de talleres
Sábado 9	Primera parte: Presentación de casos 8 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Sábado 16	Primera parte: Presentación de casos 9 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Sábado 23	ASUETO SEMANA SANTA
Sábado 30	Primera parte: Presentación de casos 10 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
<b>Mayo</b>	
Sábado 7	Cierre de primera fase. Autoevaluación Entrega informe mensual abril

## ***II TRIMESTRE***

<b><i>Fecha</i></b>	<b><i>Actividad programada</i></b>
<b>Mayo</b>	
Sábado 21	Primera parte: Consideraciones generales y entrega de Memo Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Sábado 28	Primera parte: Presentación de caso 11 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
<b>Junio</b>	
Sábado 4	Primera parte: Presentación de caso 12 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual mayo
Sábado 11	Primera parte: Presentación de caso 13 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Sábado 18	Primera parte: Presentación de caso 14 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1

Sábado 25	Primera parte: Presentación de caso 15 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
<b>Julio</b>	
Sábado 2	Primera parte: Presentación de caso 16 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual junio
Sábado 9	Primera parte: Presentación de caso 17 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Sábado 16	Primera parte: Presentación de caso 18 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Sábado 23	Primera parte: Presentación de caso 19 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Sábado 30	Primera parte: Presentación de caso 20 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
<b>Agosto</b>	
Sábado 6	Primera parte: Presentación de caso 21 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2 Entrega de informe mensual Julio
Sábado 13	Primera parte: Presentación de caso 22 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Sábado 20	

### **III TRIMESTRE**

<i>Fecha</i>	<i>Actividad programada</i>
<b>Septiembre</b>	
Sábado 3	
Sábado 10	
Sábado 17	
Sábado 24	
<b>Octubre</b>	
Sábado 1	
Sábado 8	
Sábado 15	Entrega Informe Final Grupo 1
Sábado 22	Entrega de Informe Final Grupo 2
Sábado 29	
<b>Noviembre</b>	

Sábado 5	
Sábado 12	
Sábado 19	Evaluación final y autoevaluación
Sábado 26	Cierre de fase III. Actividad especial.
<b>Diciembre</b>	
Sábado 3	

**VIII. Actividad de Aprendizaje Autónomo  
(8 horas crédito, para cursos de Plan Fin de Semana)**

**Investigaciones por Internet**

**Preparación y actualización constante para el manejo de los casos asignados.**

**IV. Bibliografía**

- ✓ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson. México
- ✓ Psicología Anormal. BarlowD. Y Durand. M.. Thomson Learning. “a. edición México
- ✓ Manual de Psicopatología, Belloch A. , Sandin B.& Ramos, F. McGraw Hill, primera edición, México
- ✓ Psiquiatría Clínica Moderna. Kolb, L. Prensa Médica Mexicana
- ✓ La Patología Mental y su Terapéutica. De la Fuente Ramón. Fondo de Cultura Económico
- ✓ La Entrevista Psiquiátrica. Harry Stack Sullivan. Edit. Psique
- ✓ Psicoterapia Grupal. José de Jesús González Nuñez. Manual Moderno
- ✓ Psicoterapia breve y de Emergencia. Bellak y Small. Edit. Pax
- ✓ Terapia Centrada en el Cliente. Carl Rogers
- ✓ Terapia Racional Emotiva. Ellis
- ✓ El Psicodrama. Moreno
- ✓ CRAIG, GRACE. Desarrollo Psicológico. Prentice Hall
- ✓ DORCH, F. Diccionario de Psicología. Herder
- ✓ AGUILAR, GUIDO, DE LEBL, BLANCA G., RECINOS. conductas problema en el niño anormal. Editorial Trillas
- ✓ COLLINS, GARY. Consejería Cristiana efectiva. Editorial Portavoz
- ✓ M. JACOBS. Esa Voz Interior.. Editorial Clie
- ✓ Psicologiapopular.com
- ✓ Comportamental.com
- ✓ Psicodirectorio.com
- ✓ Psicología-online.com
- ✓ Paginas chile.d / fest.htw
- ✓ Clinicas/ansiedad.com

### 3.2 Cronograma de Actividades realizadas durante la Práctica

Fecha	Actividad programada
<b>Septiembre 2011</b>	
Sábado 24	Se solicita a la Licenciada Sarita Avendaño la oportunidad de realizar prácticas en la clínica.
Martes 27	Licda. Sarita Avendaño autoriza que realice las prácticas en la clínica.
<b>Octubre 2011</b>	
Sábado 01	Presentación, se dan lineamientos para el proceso de práctica, asigna horario, y los días que se atenderán a pacientes en la clínica.
Miércoles 19	Entrega de carta a la Universidad Panamericana en donde se hace constar que ya se iniciaron las prácticas en la clínica.
Sábado 22	Entrega de carta a la Licenciada Sarita Avendaño en donde se solicita autorice que la alumna Jessica Marroquín realice sus practicas en la entidad a su digno cargo.
<b>Noviembre 2011</b>	
Miércoles 9	Atención a pacientes

Jueves 23	Atención a pacientes
Viernes 25	Visita al Centro educativo con un fin específico, solicitar la autorización para realizar un taller dirigido a maestros.
Martes 29	La directora del colegio los Encinos autoriza la capacitación para maestros.
<b>Diciembre 2011</b>	
Miércoles 14	Elaboración del taller
Jueves 22	Asueto de fin de año
<b>Enero 2012</b>	
Viernes 06	Entrega de planificación de taller a la directora del colegio Los Encinos
Miércoles 11	Capacitación a Maestros sobre la Inteligencia Emocional, se programó refacción después de la plática, para compartir con los maestros de la Institución
Jueves 12	Atención a pacientes
Martes 17	Recibí carta donde se hace constar que realice un taller en el colegio Los Encinos
Miércoles 18	Atención a pacientes
Jueves 19	Atención a pacientes
Miércoles 25	Atención a pacientes

<b>Febrero 2012</b>	
Miércoles 01	Atención a pacientes
Jueves 09	Reunión con la Licenciada Sarita Avendaño
Miércoles 15	Atención a pacientes
Jueves 16	Supervisión de casos con la Licenciada Marijose.
Miércoles 21	Atención a pacientes
<b>Fecha</b>	<b>Actividad programada</b>
<b>Marzo 2012</b>	
Jueves 01	Supervisión de casos con la Licda. Marijose
Miércoles 07	Atención a pacientes
Jueves 08	Supervisión de casos con la Licda. Marijose.
Viernes 14	Invitación especial de la Licda. Sarita Avendaño para participar y escuchar una charla sobre "El Arte de Saber Vivir con P.N.L.",
Jueves 22	Atención a casos
Sábado 24	Revisión de expedientes
<b>Abril 2012</b>	
Martes 03	Supervisión de casos con la Licda. Marijose
Miércoles 04	Atención a pacientes

Jueves 5	Asueto de Semana santa
Miércoles 11	Atención a pacientes
Jueves 12	Cierre de casos
Viernes 20	Despedida y agradecimiento por la oportunidad brindada, se realizó una refacción.

### 3.3 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica

Actividades realizadas	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Presentación	✓	✓						
Atención a pacientes		✓	✓		✓	✓	✓	✓
Reunión centro Educativo			✓					
Entrega de la planificación del taller					✓			
Taller					✓			
Supervisión de casos						✓	✓	✓
Reunión en la clínica	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
Invitación especial charla PNL							✓	

### 3.4 Subprogramas actividades, horarios, talleres

**Tema:** Inteligencia Emocional. ¿cómo aplicarla en el ámbito escolar?

**Estudiante Responsable:** Jessica Marisol Marroquín Dávila

**Objetivo General del Tema:** Lograr el desarrollo y fortalecimiento de un mayor grado de Inteligencia Emocional para el cual, el maestro pueda aplicarla y a si mismo adquiriera la capacidad de reconocerlas adecuadamente en otros seres humanos, además para un mejor manejo de las relaciones inter-personales.

**Dirigido a:** Maestros de un centro Educativo (Colegio Los Encinos)

<b>Objetivo Específico</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Lograr que el maestro desarrolle y se fortalezca de un mayor grado de Inteligencia Emocional, para que pueda aplicarla en el ámbito escolar	La actividad se desarrollará en un centro Educativo llamado los Encinos ubicado en jardines de Minerva I, y la capacitación va dirigida específicamente a maestros.	Presentación del tema y explicación del mismo con tiempo estimado para preguntas y respuestas.	Los recursos y materiales a utilizar son: un proyector para dar a conocer el tema.	El tiempo estimado será de 45 minutos para la presentación y 5 minutos para preguntas y respuestas.	Estudiante del quinto año de Psicología Clínica y Consejería Social Jessica Marroquín.

### 3.5 Base teórica del Taller

Inteligencia Emocional, ¿cómo aplicarla en el ámbito escolar?

La Inteligencia Emocional se refiere a todas aquellas habilidades relacionadas con la percepción de nuestras propias emociones, la capacidad de reconocerlas adecuadamente en otros seres humanos y el manejo de las relaciones inter-personales.

Mientras el IQ mide la memoria, la capacidad de juicio y raciocinio, las habilidades verbales y numéricas...

El EQ mide la empatía, la asertividad, el manejo del espacio personal y la adecuación de nuestras respuestas emocionales de acuerdo al lugar en el que estamos, la situación y las personas que nos rodean.

Por ejemplo, llorar y abrazar a los seres queridos en un funeral es adecuado; hacerlo con tu entrevistador cuando quieres conseguir un trabajo, no es emocionalmente inteligente.

Reír de un chiste, es adecuado; reírte de quien te cuenta una tragedia, no es emocionalmente inteligente.

Medición de la inteligencia emocional y el CI no existe un test capaz de determinar el «grado de inteligencia emocional», a diferencia de lo que ocurre con los test que miden el cociente intelectual (CI). Jack Block, psicólogo de la universidad de Berkeley, ha utilizado una medida similar a la inteligencia emocional que él denomina «capacidad adaptativa del ego», estableciendo dos tipos teóricamente puros, aunque los rasgos más sobresalientes difieren ligeramente entre mujeres y hombres:

«Los hombres que poseen una elevada inteligencia emocional suelen ser socialmente equilibrados, extrovertidos, alegres, poco predispuestos a la timidez y a rumiar sus preocupaciones. Demuestran estar dotados de una notable capacidad para comprometerse con las causas y las personas, suelen adoptar responsabilidades, mantienen una visión ética de la vida y son afables y cariñosos en sus relaciones.

Su vida emocional es rica y apropiada; se sienten, en suma, a gusto consigo mismos, con sus semejantes y con el universo social en el que viven». «Las mujeres emocionalmente inteligentes tienden a ser enérgicas y a expresar sus sentimientos sin ambages, tienen una visión positiva de sí mismas y para ellas la vida siempre tiene un sentido. Al igual que ocurre con los hombres, suelen ser abiertas y sociables, expresan sus sentimientos adecuadamente (en lugar de entregarse a arranques emocionales de los que posteriormente tengan que lamentarse) y soportan bien la tensión. Su equilibrio social les permite hacer rápidamente nuevas amistades; se sienten lo bastante a gusto consigo mismas como para mostrarse alegres, espontáneas y abiertas a las experiencias sensoriales. Y, a diferencia de lo que ocurre con el tipo puro de mujer con un elevado CI, raramente se sienten ansiosas, culpables o se ahogan en sus preocupaciones». «Los hombres con un elevado CI se caracterizan por una amplia gama de intereses y habilidades intelectuales y suelen ser ambiciosos, productivos, predecibles, tenaces y poco dados a reparar en sus propias necesidades. Tienden a ser críticos, condescendientes, aprensivos, inhibidos, a sentirse incómodos con la sexualidad y las experiencias sensoriales en general y son poco expresivos, distantes y emocionalmente fríos y tranquilos». «La mujer con un elevado CI manifiesta una previsible confianza intelectual, es capaz de expresar claramente sus pensamientos, valora las cuestiones teóricas y presenta un amplio abanico de intereses estéticos e intelectuales. También tiende a ser introspectiva, predispuesta a la ansiedad, a la preocupación y la culpabilidad, y se muestra poco dispuesta a expresar públicamente su enfado (aunque pueda expresarlo de un modo indirecto).

Estos retratos, obviamente, resultan caricaturescos pues toda persona es el resultado de la combinación entre el CI y la inteligencia emocional, en distintas proporciones, pero ofrecen una visión muy instructiva del tipo de aptitudes específicas que ambas dimensiones pueden aportar al conjunto de cualidades que constituye una persona.

Daniel Goleman también recoge el pensamiento de numerosos científicos del comportamiento humano que cuestionan el valor de la inteligencia racional como predictor de éxito en las tareas concretas de la vida, en los diversos ámbitos de la familia, los negocios, la toma de decisiones, el desempeño profesional, entre otros.

Citando numerosos estudios Goleman concluye que el Coeficiente Intelectual no es un buen predictor del desempeño exitoso. La inteligencia pura no garantiza un buen manejo de las vicisitudes que se presentan y que es necesario enfrentar para tener éxito en la vida.

El concepto de "Inteligencia Emocional" enfatiza el papel preponderante que ejercen las emociones dentro del funcionamiento psicológico de una persona cuando esta se ve enfrentada a momentos difíciles y tareas importantes:

Los peligros, las pérdidas dolorosas, la persistencia hacia una meta a pesar de los fracasos, el enfrentar riesgos, los conflictos con un compañero en el trabajo. En todas estas situaciones hay una involucración emocional que puede resultar en una acción que culmine de modo exitoso o bien interferir negativamente en el desempeño final. Cada emoción ofrece una disposición definida a la acción, de manera que el repertorio emocional de la persona y su forma de operar influirá decisivamente en el éxito o fracaso que obtenga en las tareas que emprenda. Este conjunto de habilidades de carácter socio-emocional es lo que Goleman definió como Inteligencia Emocional. Esta puede dividirse en dos áreas:

**Inteligencia Intra-personal:** Capacidad de formar un modelo realista y preciso de uno mismo, teniendo acceso a los propios sentimientos, y usarlos como guías en la conducta.

**Inteligencia Inter-personal:** Capacidad de comprender a los demás; qué los motiva, cómo operan, cómo relacionarse adecuadamente. Capacidad de reconocer y reaccionar ante el humor, el temperamento y las emociones de los otros.

Las características de la llamada inteligencia emocional son: la capacidad de motivarnos a nosotros mismos, de perseverar en el empeño a pesar de las posibles frustraciones, de controlar los impulsos, de diferir las gratificaciones, de regular nuestros propios estados de ánimo, de evitar que la angustia interfiera con nuestras facultades racionales y la capacidad de empatizar y confiar en los demás.

## Necesidades Emocionales Humanas

Todos los humanos tienen necesidades emocionales básicas. Estas necesidades pueden ser expresadas como sentimientos, por ejemplo la necesidad de sentirse aceptado, respetado e importante. Mientras todos los humanos comparten estas necesidades, cada uno difiere en la intensidad de la necesidad, así como algunos necesitamos más agua, más alimento o más sueño. Una persona puede necesitar más libertad e independencia, otra puede necesitar más seguridad y conexiones sociales. Una puede tener una mayor curiosidad y una mayor necesidad de comprensión, mientras otro está complacido de aceptar lo que sea que se le haya dicho.

Uno de los problemas de mayor magnitud que he observado en las escuelas es el tratamiento a todos los niños como si sus necesidades emocionales y psicológicas fueran idénticas. El resultado es que muchas de las necesidades de los niños no son satisfechas. Entonces ellos se frustran, así como cualquiera de nosotros lo hacemos cuando nuestras necesidades no son satisfechas adecuadamente. Ellos muestran sus frustraciones en sus actos de diversas maneras que típicamente son vistas como "mal comportamiento". Esto es especialmente evidente cuando se espera que todos los niños hagan la misma cosa durante la misma duración de tiempo. Entre mejor identifiquemos sus necesidades únicas y las dejemos satisfechas, serán menores los problemas de comportamiento. También es evidente cuando se les pone a hacer cosas que no les son interesantes, o cuando no son desafiados lo suficiente con cosas que son relevantes para sus vidas.

Una de las cosas que los adolescentes que se están cortando las venas parecen tener en común, es que están extremadamente aburridos en la escuela así como emocionalmente desatendidos, demasiado controlados o maltratados en casa.

En familias disfuncionales son las necesidades emocionales las que no son satisfechas la mayor parte del tiempo. Es útil estar más alertas de estas necesidades emocionales como primer paso hacia la ayuda entre unos y otros para satisfacerlas.

## Capítulo 4

### Presentación de Resultados

Programa de atención a casos:

#### 4.1 Logros

- ✓ Durante el proceso de atención a pacientes se logró aumento de *insight*.
- ✓ Los signos y síntomas de ansiedad que referían los pacientes al inicio disminuyeron favorablemente.
- ✓ La Terapia Racional Emotiva Conductual favoreció en la superación de situaciones difíciles, permitiendo a los pacientes una mejor adecuación al presente.
- ✓ Desarrollo y fortalecimiento de un mayor grado de inteligencia emocional.
- ✓ Se mostró en los pacientes un grado de confianza mayor.
- ✓ Los pacientes mantuvieron una actitud de colaboración y mejora constante.
- ✓ La clínica estuvo abierta a pacientes con necesidades psicológicas y emocionales.
- ✓ Se evaluó y se brindó acompañamiento individual.
- ✓ Se alcanzaron los objetivos durante el proceso terapéutico.
- ✓ Se logró contacto psicológico por medio del *rapport*.
- ✓ En todo momento se brindó atención física al paciente.
- ✓ También se logró escuchar la conducta no verbal del paciente como: (movimientos corporales, gestos, expresiones faciales) conjuntamente la conducta paralingüística (tono de voz, espacio entre las palabras, pausas).
- ✓ Buena comunicación y respeto durante el proceso terapéutico.
- ✓ Siempre se obtuvo el apoyo de la Licenciada de la Clínica.

## 4.2 Limitaciones

- ✓ El espacio de la clínica es pequeño.
- ✓ El horario se asignó solo por la mañana.

## 4.3 Conclusiones

- ✓ Las dificultades que presentaron los pacientes en la clínica están relacionadas a problemas emocionales, es importante dar seguimiento a los casos para mejor control de cada paciente.
- ✓ La clínica siempre estuvo abierta para las personas que solicitaban acompañamiento psicológico.

## 4.4 Recomendación

- ✓ Se recomienda cambiar el mobiliario por uno más cómodo, propicio para que se desarrolle todo el proceso terapéutico con más agrado.

#### 4.5 Muestra de un caso atendido:

### INFORME PSICOLÓGICO

#### I. DATOS GENERALES

Nombre: Johana	Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento:	28 de septiembre 1981
Edad:	30 años
Estado Civil:	Unida
Escolaridad:	Nivel Medio
Profesión:	Secretaria Bilingüe
Ocupación y lugar de trabajo:	Ama de casa
Religión:	Católica
Dirección: Colinas de Minerva Zona 11 de Mixco	
Teléfono: Casa: Trabajo: Celular:	

#### **Ocupación: de los padres (en el caso de los menores):**

Nombre del padre:

Profesión:

Lugar de Trabajo:

Nombre de la madre:

Profesión:

Lugar de Trabajo:

Referido por: Iniciativa Propia

Fecha de inicio del proceso terapéutico: 20/01/2012

#### II. MOTIVO DE CONSULTA

“No puedo superar las pérdidas de mis hijos, debido a dos abortos que he sufrido”

#### HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Johana viene de una familia integrada, es la primera de tres hermanos, vivió dos pérdidas de embarazo, el primer aborto sucedió a los seis meses de gestación, fue en el año dos mil cinco, la bebé se llamaba Dana Paola, el embarazo venía con muchas complicaciones severas, al feto le faltaban algunos órganos, y además tenía problemas cardíacos, la segunda pérdida sucedió en el año dos mil ocho con seis semanas de gestación. Johana recuerda con

mucha tristeza todo lo que vivió en los hospitales; tuvo que pasar por un legrado con el primer aborto y otro legrado sin anestesia con su segundo aborto, la paciente comenta “que tiene un trauma”, no quiere saber nada de los hospitales y además los “odia” vivió lo más doloroso y recuerda con dolor el maltrato que le brindaron en el hospital de Santa Rosa, las enfermeras la humillaban diciéndole que ella no era prioridad no era “foco” en ese momento porque su bebé ya estaba muerto.

## HISTORIA CLÍNICA

### 1. Historia prenatal:

La paciente piensa que no fue una niña planeada además si fue deseada por sus padres.

### 2. Nacimiento:

La paciente fue muy bien recibida en el hogar, la recibieron con alegría, en el momento del parto estuvo presente el padre, fue un embarazo de nueve meses, normal, sin ninguna complicación.

### 3. Evolución neuropsíquica:

El desarrollo psicomotor de la paciente fue normal, gateó aproximadamente a los ocho meses, y caminó al año, inicio su control de esfínteres al año, no presentó problemas de sueño.

### 4. Evolución de lenguaje

No tiene referencias a que edad habló.

### 5. Desarrollo escolar

Estudió toda su primaria, básicos y diversificado en el colegio Monte Flor, fue buena estudiante, le gustaba participar en clase.

#### 6. Desarrollo social

La paciente no es sociable, prefiere ser hogareña, no tiene amigos, se aísla de las actividades sociales, no le gusta compartir con los demás.

#### 7. Adolescencia

En el desarrollo de la etapa de la adolescencia, tuvo cuatro novios, recuerda haber sido feliz, sus padres siempre han estado juntos, nunca le gustó el vicio sin embargo por curiosidad probó la cerveza y el cigarro, nunca fue independiente siempre dependía de sus padres.

#### 8. Adultez

La paciente no tiene relaciones interpersonales, prefiere estar en su casa, cuidando a sus hijos. En la actualidad afirma que es una persona rencorosa, sentida, no perdona a las personas que la ofenden, la paciente vive con estrés debido a las constantes peleas de sus hijos, en la actualidad con su esposo tienen doce años de relación libre, no tiene problemas serios, el esposo es muy comprensivo, sin embargo es celoso, y cariñoso con la paciente.

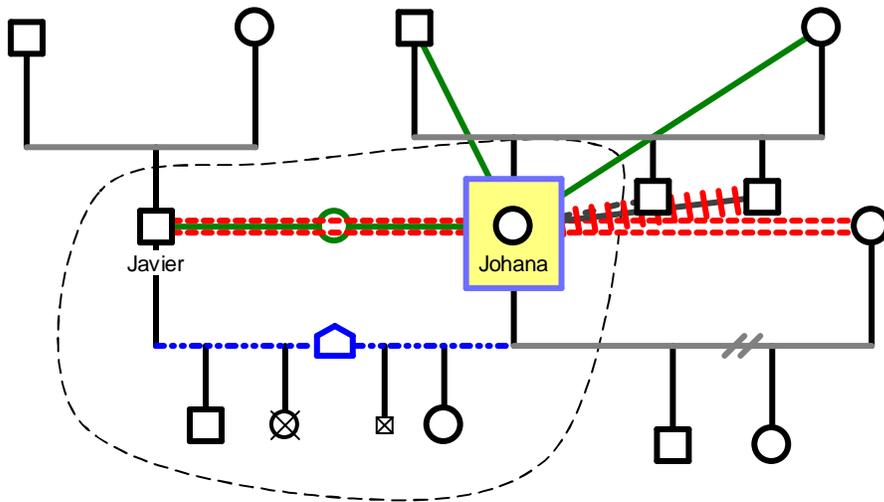
#### 9. Historia Psicosexual y vida marital

La relación afectiva con su esposo es muy buena, mantienen relaciones sexuales sanas.

#### 10. Historia médica:

En el año dos mil diez, “sufrió una enfermedad llamada Síndrome de Guillain-Barré” se cree que probablemente sucedió debido a una infección menor, los síntomas que presentó fueron debilidad en los miembros inferiores, bajó de peso notablemente, y costó la recuperación de esta enfermedad, pasó siete meses en tratamiento y cuidados, actualmente ha recuperado masa muscular y el movimiento de sus miembros inferiores, la paciente expresa haber tenido el apoyo de su esposo, y de sus padres.

## 1. Genograma



## 2. Estructura familiar:

La familia está actualmente integrada por su esposo Javier de 35 años de edad, su hijo Johao de siete años y su nena Valentina de 2 años 4 meses, el grado de armonía que hay entre los miembros de esta familia es muy buena, tienen doce años de relación, son unidos, su esposo “es una gran persona”, la situación económica es aceptable, no cuentan con casa propia, actualmente alquilan, su esposo tiene carácter fuerte, además es cariñoso y respetuoso. El esposo de la paciente estuvo casado por cuatro años, actualmente está divorciado legalmente de su primer matrimonio, en ese matrimonio nacieron dos niños, y aún tiene relación afectiva.

## 3. Antecedentes familiares:

El padre de la paciente se llama Osvaldo tiene 52 años de edad, es una persona que no expresa sus sentimientos con facilidad, además hace siete años ha mejorado la relación afectiva con Johana, siempre le brinda apoyo cuando lo necesita la mamá de la paciente se llama Lucky tiene 51 años de edad es una persona muy cercana a su hija, la apoya bastante .- la considera una excelente persona y afirma que su mamá es

un pilar importante para su vida , expresa que su mamá es todo para ella, expresa nunca haber tenido problemas serios con sus padres.

La paciente tiene dos hermanos Estuardo de 21 y Manuel de 28 años, la relación con sus hermanos es afectiva, además se lleva mejor con su hermano menor llamado Estuardo, debido a que ella lo cuidó cuando era pequeño. Y expresa pelear mucho con Manuel y mantener con él una relación distante.

### III. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

#### 1. Presentación (descripción general):

- a) Aspecto General: La complexión física de la paciente es delgada, viste adecuadamente, combinada, su mirada no es evasiva, su postura firme, no se distrae con facilidad, sus zapatos limpios, su cabello muy bien peinado, usa cosméticos en cantidad moderada, su lenguaje es fluido, el volumen de su voz es moderado, no tartamudea.
- b) Apariencia personal: la paciente luce bien.
- c) Actitud: su actitud durante la entrevista fue amable, cooperadora y con deseos de ayuda. Su habilidad para conducirse durante la entrevista, fue de autocontrol y muy segura de sí misma al dirigirse. Su actitud hacia el examinador y hacia sí mismo fue siempre muy confiada, optimista, despreocupada, espontánea, sincera, y muy afable.

#### 2. Conducta motora y estado afectivo:

- a) Conducta motora: la paciente no presenta ningún movimiento anormal, sin embargo cruza las piernas y mueve el pie derecho.
- b) Afecto: su afecto lábil debido a que la paciente tenía momentos de llanto cuando habla sobre sus abortos.

3. Estado cognoscitivo
- a) Atención: la paciente tiene capacidad de atención debido a que no se distrae con facilidad.
  - b) Orientación: la paciente esta orientada en tiempo y espacio, tiene la capacidad de dar su nombre completo, la dirección en donde vive, ubica bien la fecha en que se encuentra.
  - c) Lenguaje:
    - 1. Fluidez: la paciente habla espontáneo; el volumen de su voz es moderado, no tartamudea la hablar, no desarticula las palabras, no se escucharon incoherencias en el transcurso de la entrevista.
    - 2. Comprensión: la paciente comprende bien las instrucciones, que se le asignan para realizar los test.
    - 3. Repetición: no presenta dificultad en esta área, puede repetir muy bien las frases, se le pidió que repitiera algunas frases como prueba y no hubo problema en esta área.
    - 4. Designación: la paciente no experimenta afasias.
  - d) Memoria: la paciente no tiene dificultad en la memoria remota, reciente e inmediata.
4. Pensamiento:
- a) Proceso: la paciente muestra congruencia, debido a que es congruente su pensamiento con su actitud.
  - b) Contenido: a la paciente le preocupa mucho lo que vivió durante sus abortos, pero sin embargo no interfiere en el sueño, en el apetito, no tiene ideas delirantes, no tiene alucinaciones, fobias, ideas obsesivas, en ningún momento piensa sobre el suicidio.
  - c) Introspección: (*Insight*) la paciente no cuenta con un grado de comprensión de sus problemas médicos y psicológicos, además no tiene conciencia de los factores que afectan al curso de la misma, no tiene capacidad de interpretar razonablemente; lo que le sucedió en algún momento relacionado con sus abortos y su enfermedad, al mismo tiempo no tiene capacidad de manejar sus emociones relacionado con las personas que con quien comparte la vivienda.

5) Estado de ánimo:

Su estado de ánimo durante la entrevista fue eutímico, la paciente recordaba sus abortos, su rostro se mostraba triste, y expresaba llanto durante la narración.

Juntamente era congruente lo que se expresaba y lo que se observaba en ella.

#### IV. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS (Cuantitativos y Cualitativos)

Nombre de prueba	Fecha de aplicación
C.A.C Test de Personalidad	24/01/2012
Figura Humana	24/01/2012
Depresión de Zung	03/02/2012
Ansiedad de Zung	03/02/2012
Test de la Familia	03/02/2012
Test del Árbol	06/02/2012

#### C.A.C

La paciente proyecta preocupación por la salud, los desarreglos y las funciones corporales, así mismo se siente tensa, preocupada y a veces sin energía para actuar, mantiene sentimientos de intranquilidad debido al recuerdo que mantiene por los abortos que sufrió, se autocritica constantemente y mantiene sentimientos de culpabilidad al sentirse impotente al no poder hacer nada en el momento de sus abortos, así mismo le molestan las ideas repetitivas sobre lo que vivió en los hospitales.

La paciente muestra en la prueba aplicada rasgos de personalidad obsesiva compulsiva.

#### Figura Humana

La paciente proyecta, sentimientos de inadecuación, sentimientos de inferioridad, retraimiento al sentirse rechazada, infravaloración de la imagen parental debido a la ausencia de afecto que demuestra su papá al relacionarse con ella, proyecta perseverancia, seguridad, ansiedad, y es evidente su conducta impulsiva derivado al estrés que manifiesta cuando sus niños pelean, la paciente proyecta ser dependiente derivado a que siempre tiene que vivir cerca de su mamá, proyecta tendencia a la introversión, esto esta aunado a que la paciente prefiere estar siempre en

su casa y encerrarse en su propio mundo interior, proyecta que esta realizando esfuerzos en su vida y a veces que su meta es inalcanzable, proyecta introversión, se proyecta a sí misma recurrentemente con ánimo deprimido, y tensión.

Los principales mecanismos de defensa utilizados por Johana son la racionalización e intelectualización.

Proyecta infantilidad, derivado a la forma de expresarse, percibe conducta más guiada por lo instintivo que por lo intelectual, presenta deseo de contacto de relaciones, proyecta sentimientos de culpa en relación a actividades manipuladoras, manifiesta inestabilidad.

## Familia

La paciente proyecta audacia, violencia, conflicto debido al no poder superar los abortos que vivió, y eso le genera un desajuste emocional, la paciente se encuentra ubicada y en contacto con la realidad, es espontánea, no obstante es insegura, la paciente se asocia con sentimientos de inferioridad, percibe el ambiente como amenazante, y se inhibe ante él, la paciente proyecta falta de comunicación en la relación con su esposo debido al poco tiempo que él está en el hogar, y esto le genera baja emocionalidad.

La paciente proyecta resistencia debido al miedo que maneja por la autocrítica que mantiene con respecto a sus abortos, proyecta evasión, proyecta sentimientos intensos de inadecuación intelectual, además proyecta preocupación por rendimiento académico intelectual de sus hijos debido a que su hijo de siete años se distrae con facilidad en el colegio y no ha podido tenerlo en un solo centro educativo esto se relaciona a la inestabilidad que viven como familia.

Johana proyecta perturbación de las relaciones interpersonales vinculada a la inhibición de los sujetos y una imagen de sí misma.

La paciente proyecta control interno rígido y dificultad para relacionarse con los demás, mantiene culpa por agresión física debido a que tiene que pegarle a sus hijos para que hagan caso, y maneja dificultad en el control de los impulsos, la paciente experimenta presencia paterna aunque no muy afectiva, la paciente se siente presionada por su ambiente, esto se relaciona que siempre tiene que vivir cerca de sus padres, y depender íntegramente de su esposo.

## Árbol

La paciente proyecta el futuro, proyecta impaciencia, sensibilidad explosiva humor variable esto se deriva a la inquietud de sus hijos, la paciente proyecta sentimientos de inferioridad modestia, dificultad en el contacto, inhibición, traumas íntimos esto se relaciona con los dos abortos que vivió en su pasado, denota explosividad, impulsividad, carga y descargas instantáneas, inmadurez.

La paciente proyecta equilibrio emocionalmente, además proyecta rendimiento en la infancia y en la adolescencia, un fuerte deseo de triunfo, y deseo de mostrar su capacidad a quienes les rodean.

## Escala de la Autovaloración de la ansiedad de Zung

Según índice promedio la paciente no presenta síntomas de ansiedad y se encuentra dentro del índice normal.

## Escala de la Autovaloración de la depresión de Zung

Según índice promedio la paciente no presenta síntomas de depresión y se encuentra dentro del índice normal.

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

La paciente presenta sentimientos profundos de tristeza y rechazo los cuales se derivan de los abortos que vivió en su pasado, en la actualidad se ve reflejado por medio del desprecio a los hospitales y a los niños, pues ella comenta que no quiere tener más hijos debido al dolor que ella consideró en sus dos abortos, ante esta situación ha desarrollado rencor, enojo, rechazo, y resentimiento, actualmente la paciente no muestra capacidad de *insight* y los signos y síntomas que refiere son evidentes, lo cual no permite sanar esas emociones que le incomodan en su vida actual.

## EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I: Z63.4 Duelo [V62.82]

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico.

Eje III: Enfermedad aguda inmunitaria Síndrome de Guillain-Barré que afecta el sistema nervioso periférico [D50-D89] esto se relaciona con los síntomas que la paciente obtuvo afectándola física y emocionalmente.

Complicaciones de embarazo relacionado a dos abortos [630-676]

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo: sobreprotección de los padres, conflicto y relación distante con un hermano.

Eje V: (EEAG) 60 -51 actual

## RECOMENDACIONES

- ✓ Iniciar a trabajar técnicas para superar el duelo
  
- ✓ Además es importante cerrar círculos inconclusos y trabajar técnicas apropiadas para un mejor manejo de las emociones como son el rencor y el resentimiento.
  
- ✓ Es importante ayudar a la paciente a fomentar la capacidad de resiliencia
  
- ✓ Aumentar el nivel de *insight*

#### 4.5.1 PLAN TERAPÉUTICO

Problema Clínico	Objetivos	Tipo de Intervención y Técnica	Observaciones y Duración
Rencor y resentimiento	Cerrar círculos inconclusos y trabajar emociones asociadas a ello. Trabajar ideas racionales que sostienen sus pensamientos en relación a las personas que no puede perdonar.	Gestalt, silla vacía. Terapia cognitivo-conductual	Se llevará a cabo durante cinco sesiones
Baja Autoestima	Elevar el autoestima	Terapia racional emotiva conductual TREC	Siete sesiones
Estrés	Disminuir el nivel de estrés	Cognitivo-conductual Técnica de entrenamiento en inoculación de estrés	Dicha técnica se presentará en cinco sesiones, durante la sesión con terapeuta
Duelo	Superar debilidad emocional, debido a dos abortos que ha sufrido	Resiliencia	Cinco sesiones
Dependencia emocional	Aprender a llevar una vida independiente, y aprender a tomar decisiones a nivel personal. Lograr la readaptación de su personalidad, y equilibrio del paciente	Terapia breve	Doce sesiones

### III. OBJETIVOS, TÉCNICAS Y RECURSOS

Objetivos	Técnicas	Recursos
<b>Sesión # 1</b> Recopilar información por medio de la Entrevista	La entrevista psicológica	Formato de entrevista con un fin específico
<b>Sesión # 2</b> Evaluar a la paciente para obtener información adicional por medio de pruebas psicológicas	Test Proyectivos , de personalidad y medición de la depresión y ansiedad de Zung	Hojas de papel bond tamaño carta, lápiz, borrador
<b>Sesión # 3</b> Trabajar un guión de relajación progresiva, y ayudar a la paciente a controlar mejor su respiración, relajar la tensión y relajar los músculos.	Guión de relajación Progresiva	Se inicia con la relajación, se le pide a la paciente que cierre los ojos, o puede dejarlos abiertos si está más cómodo.
<b>Sesión # 4</b> Identificar y trabajar emociones asociadas al rencor y al resentimiento, lograr que la paciente exprese sus emociones reprimidas.	Técnica Gestáltica la silla vacía	Se sienta al paciente en una silla que está frente a otra silla vacía. Se incita al paciente a comenzar un diálogo con los pensamientos conflictivos, y los sentimientos que le están afectando.
<b>Sesión # 5</b> trabajar con la paciente y enseñarle mediante la técnica, a superar la debilidad emocional y enseñarle a sobreponerse a períodos de dolor y traumas, así mismo impulsar la capacidad que tiene la paciente de afrontar cualquier situación adversa y reponerse de ella,	Resiliencia	La casita es una metáfora en la que cada una de las habitaciones corresponde a un campo de intervención posible para la persona que desea fomentar la resiliencia. La idea es recorrer la casita y ver los puntos fuertes y debilidades de la persona y de su entorno.

como en este caso el duelo.		
<b>Sesión # 6</b> Iniciar a trabajar con la paciente el libro de Albert Ellis, mediante la lectura y comprensión de la misma se espera que ella pueda desafiar situaciones vitales difíciles, unido a esto trabajaremos el control de sus emociones.	Cognitivo-conductual	Libro “Usted puede ser feliz” TREC, se trabaja el libro junto con la paciente, y se le darán hojas de ejercicios prácticos a la paciente para que las trabaje en casa.
<b>Sesión # 7</b> Trabajar con la paciente libro “Usted Puede ser feliz” de Albert Ellis ¿Puede realmente evitar amargarse la vida con cualquier cosa?	TREC	Leer el capítulo y proporcionar la hoja para contestar el primer ejercicio
<b>Sesión # 8</b> Trabajar con la paciente el libro “Usted puede ser feliz” de Albert Ellis ¿Puede el pensamiento científico eliminar su sufrimiento emocional?	TREC	Leer el capítulo y facilitar la hoja para contestar el ejercicio número dos
<b>Sesión # 9</b> seguir Trabajando con la paciente el tercer capítulo del libro TREC Cómo pensar científicamente en usted mismo, en los demás y en sus condiciones vitales.	TREC	La paciente debe leer el capítulo tres y al terminar facilitar la hoja para que pueda contestar el ejercicio tres.
<b>Sesión # 10</b> Trabajar con la paciente el capítulo cuatro del libro TREC. Porque los tipos habituales de <i>insight</i> no le ayudan a superar sus problemas emocionales.	TREC	Leerle a la paciente el capítulo cuatro y al terminar dejarle la hoja del ejercicio cuatro para que la realice de tarea en su casa.

#### 4.6 Programa de elaboración de proyectos de salud mental (talleres)

#### 4.7 Logros

- ✓ La oportunidad que brindó el centro educativo para realizar la charla.
- ✓ Los maestros asignados para la charla estuvieron presentes.
- ✓ Los maestros se sintieron satisfechos de escuchar un tema de interés.

#### 4.8 Limitaciones

- ✓ Se asignó poco tiempo para la actividad.
- ✓ Solo se autorizó una charla debido al programa de actividades que tiene estipulado la Institución educativa.

#### 4.9 Conclusión

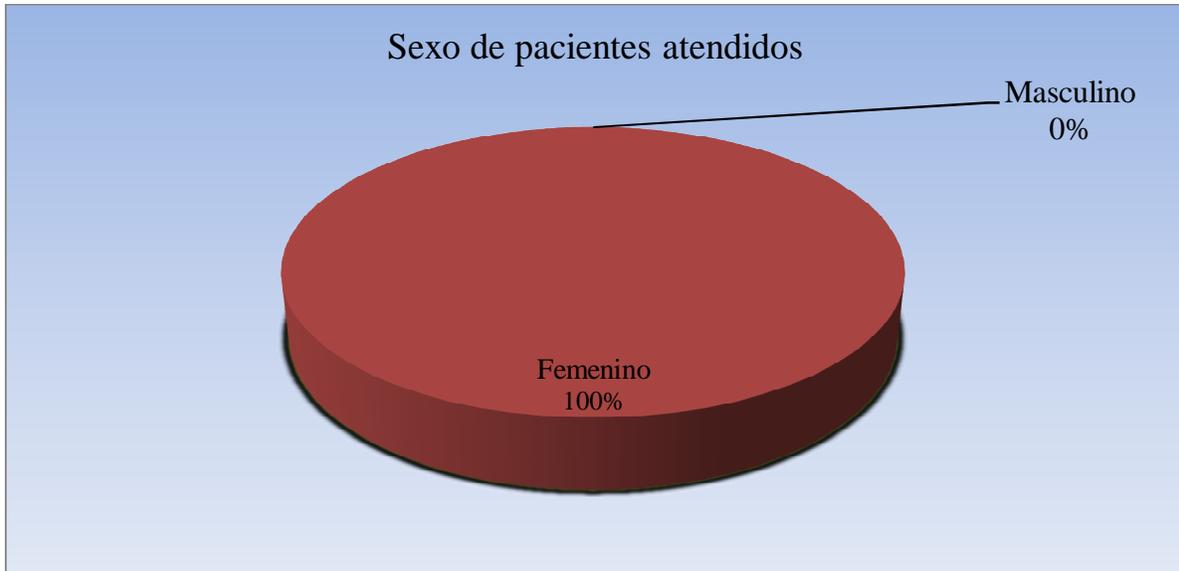
- ✓ Fue una satisfacción dar a conocer el tema de Inteligencia Emocional cómo aplicarla en el ámbito escolar, debido a que es importante desarrollar en el maestro capacidades que le sirvan como herramientas para cualquier situación en el área personal y escolar.

#### 4.10 Recomendaciones

- ✓ Se recomienda capacitar a los maestros continuamente para sensibilizarlos respecto a la necesidad de atender adecuadamente a sus alumnos.
- ✓ Así mismo se recomienda establecer un aula de apoyo para los niños que se identifiquen con algún problema de aprendizaje y requieran una terapia educativa.

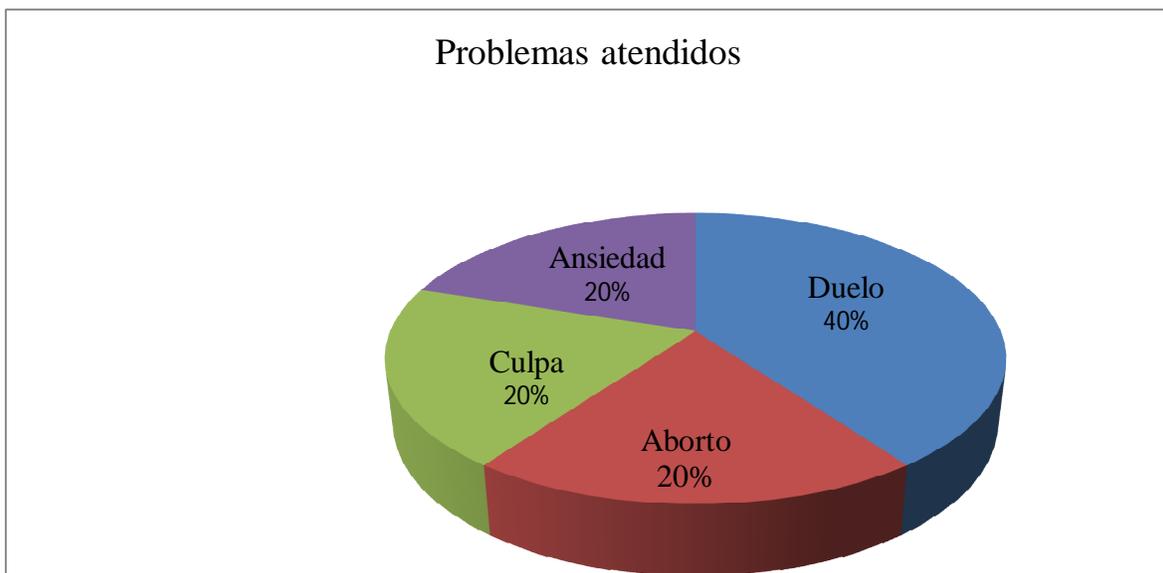
#### 4.11 Gráficas

Gráfica 1: sexo de pacientes atendidos en la clínica



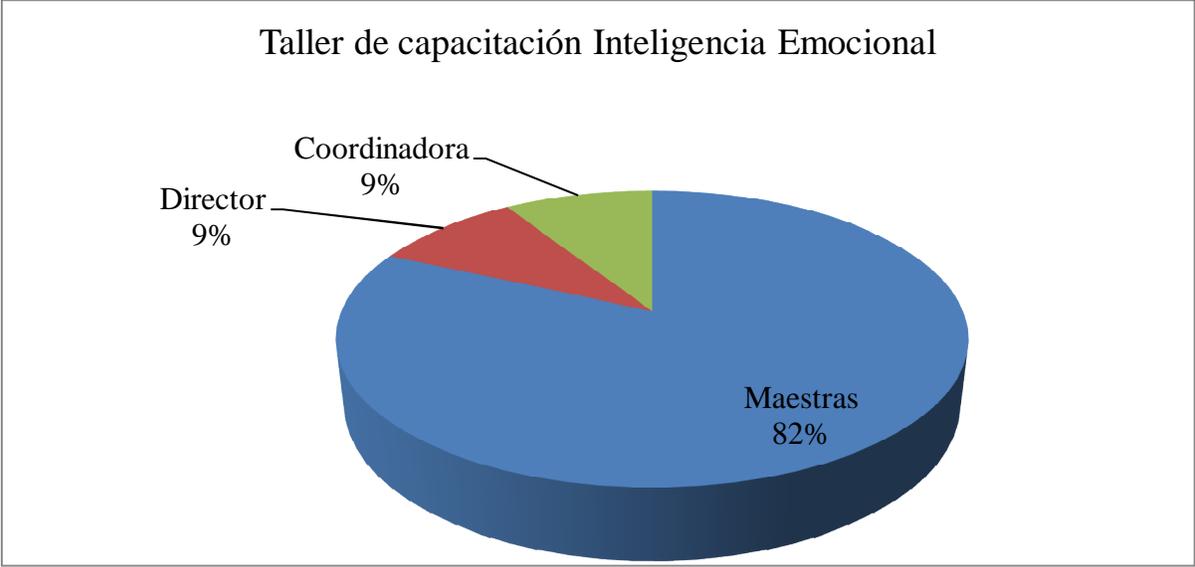
Fuente: elaboración propia

Gráfica 2: Problemas atendidos en la clínica



Fuente: elaboración propia

Gráfica 3: Taller Impartido en el centro educativo los Encinos



Fuente: Elaboración propia

## Conclusiones

- ✓ Realizar la práctica profesional es sustancial, debido que el estudiante implementa el bagaje obtenido y a su vez adquiere un nuevo aprendizaje para su vida profesional de la experiencia real.
  
- ✓ Es indispensable que el estudiante de Psicología Clínica y Consejería Social trabaje su propio proceso terapéutico, debido a que el ser humano necesita aprender herramientas para fortalecer la salud mental.
  
- ✓ Las personas que visitaron la clínica para solicitar servicios psicológicos en su mayoría fueron mujeres, y curiosamente se ha documentado que hombres buscan ayuda profesional con menor frecuencia que las mujeres.
  
- ✓ Los pacientes mantuvieron una actitud de colaboración, debido a que los síntomas que presentaban al inicio del proceso terapéutico disminuyeron considerablemente, conjuntamente mostrando un mayor grado de capacidad de *insight* al final del proceso.

## Recomendaciones

### A la Universidad Panamericana

- ✓ Implementar un curso en el pensum de estudios en donde se instruya a los estudiantes la importancia de conocer el código de ética del psicólogo.
- ✓ Como requisito de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social el estudiante debe realizar su propio proceso terapéutico, y entregar a la Universidad Panamericana una carta sellada y firmada del psicólogo profesional donde haga constar la asistencia y culminación del proceso psicológico.

### A la clínica

- ✓ Se recomienda sustituir el mobiliario por otro mas cómodo, es decir que todo ello genere un ambiente satisfactorio, tranquilo, agradable, relajante, propicio para que se desarrolle todo el proceso terapéutico con más agrado.

### Generales

- ✓ Se recomienda específicamente al psicólogo estar familiarizado con los principios, lineamientos, y normas del código de ética para ejercer su profesión de la mejor manera.
- ✓ Se recomienda implementar programas de salud mental, que den información sobre cómo manejar de la mejor forma los problemas que aquejan a las personas cotidianamente.
- ✓ Es indispensable contar con un psicólogo de planta en las Instituciones educativas, debido a que hay maestros que identifican problemas en el alumno y es necesario referirlos para un mejor manejo de los problemas que actualmente presentan los niños.
- ✓ Buscar mejores herramientas de información para dar a conocer a la sociedad guatemalteca la importancia de tener buena salud mental.
- ✓ Se recomienda que el psicólogo guatemalteco se conduzca de una manera ética, en la que integre los principios y valores.

## Referencias

### Bibliográficas

Con un autor:

Goleman, D. (1998) *La inteligencia emocional*. Editorial Javier Vergara Editor.

Ariel Orama López Pys. D. Autor y compilador *Psicología Clínica Como Profesión Orígenes y Tendencias* Segunda Edición

Luis Oblitas *Psicoterapias Contemporáneas*, Cengage Learning

DSM-IV-TR *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Texto revisado  
MASSON

Stern, Daniel N., (1985, mayo) *El mundo interpersonal del infante*, Buenos Aires, Paidós, 1991.

Luis Oblita Guadalupe *Cómo hacer psicoterapia exitosa*, los 22 enfoques más importantes en la práctica psicoterapéutica contemporánea y de vanguardia.

### Internet

Fuente no firmada:

<http://sites.google.com/site/grupodeestudioatropos/textos/el-duelo-despues-de-un-aborto>.

Recuperado: 23.11.2011.

<https://www.Google.Com/Search?Client=Gmail&Rls=Gm&Q=El%20trastorno%20de%20ansiedad%20generalizada>. Recuperado: 09.10.2011.

<https://www.google.com/search?client=gmail&rls=gm&q=inteligencia20emocional>. Recuperado: 12.09.2011.

[https://www.Search? Stern, Daniel N., \(1985, mayo\) \*El mundo interpersonal del adolescente\*](https://www.Search?Stern,%20Daniel%20N.,%20(1985,%20mayo)%20El%20mundo%20interpersonal%20del%20adolescente)  
Buenos Aires, Paidós, 1991. Recuperado: 06.09.2011

Chang Chan, M. (2006) *Psicoterapia*. [Http://www.milenachang-terapia.com](http://www.milenachang-terapia.com). Recuperado: 16.12.2011.

<http://www.fluvium.org/textos/familia/fam231.htm>. Recuperado: 19.12.2011.

[futuregenerationsdtec.com/Emotional%20Disturbance%20NICHCY%20Spanish.pdf](http://futuregenerationsdtec.com/Emotional%20Disturbance%20NICHCY%20Spanish.pdf).  
Recuperado: 30.07.2011.

<http://www.inteligencia-emocional.org>. Recuperado. 22.01.2012.

<http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv7.html>. Modificado por ultima vez 28/11/2011

[http://es.wikipedia.org/wiki/Duelo\\_\(psicologia\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Duelo_(psicologia))

Inteligencia emocional. Goleman. Recuperado 23-01-2012.

[http://www.inteligencia-emocional.org/habilidades\\_practicas/autoconciencia.htm](http://www.inteligencia-emocional.org/habilidades_practicas/autoconciencia.htm)

<https://www.google.com/search?client=gmail&rls=gm&q=EL%20DUELO>

Psicología, *test psicológicos*. Psicoactiva.com

Dos artículos de revista:

Revista Consumer. (2,004)

<http://revista.consumer.es/web/es/20041101/interiormente/culpa>

Revista de Psicología y Vida de Guatemala. (2,012)

<http://www.revistapsicologiayvida.com/>

## **Anexos**

## Anexo 1

### Formatos Utilizados

# GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME PSICOLÓGICO

## II. DATOS GENERALES

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Institución \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Ocupación y lugar de trabajo: \_\_\_\_\_  
Religión: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono. Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Ocupación: de los padres (en el caso de los menores):

Nombre del padre: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Nombre de la madre: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Referido por: (determinar quién solicitó la evaluación y con qué fines) \_\_\_\_\_  
Fecha de inicio del proceso terapéutico: \_\_\_\_\_

## III. MOTIVO DE CONSULTA

Describir la razón por la cuál el sujeto busca ayuda. Es el problema principal que refiere el paciente o los padres, por lo cual consultan. Consignarlo con las propias palabras que utilizaron los padres o el sujeto

## HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

Con respecto al motivo de la consulta es importante tomar en cuenta:

- A) Describir de forma detallada las manifestaciones de la enfermedad incluyendo fecha de inicio y duración del problema. Cronología de los eventos desde el apareamiento de los síntomas hasta la fecha de la entrevista. Es importante establecer el nivel de funcionamiento anterior al problema y como el trastorno ha interferido en su funcionamiento actual.
- B) Factores precipitantes, estresores psicosociales que pudieron provocar el problema
- C) Impacto del trastorno: cambios que ha sufrido en sus relaciones interpersonales, en el matrimonio, en la familia, en la vida social, sexual y laboral. Cambios en el sueño, ingesta de alimentos, en el peso corporal, en los hábitos, como bebidas alcohólicas, tabaquismo y otras sustancias legales e ilegales. Explorar la capacidad de toma de

decisiones, asumir responsabilidades.

## **HISTORIA CLÍNICA**

### **2. Historia prenatal:**

Características físicas generales del embarazo, actitud de los padres ante el embarazo, ambiente del hogar en este período, situación familiar, presencia o ausencia de alguno de los padres, fue deseado o no.

### **2. Nacimiento:**

Historia del desarrollo: características generales del parto. Problemas al nacer, enfermedades infecciosas, golpes, uso de fórceps, cualquier complicación, etc. Descripción del ambiente general durante y después del nacimiento.

### **11. Evolución neuropsíquica del niño referida a la motricidad, sueño, dentición y control de esfínteres:**

Explicaciones generales sobre el desarrollo psicomotor del niño (fijación cabeza, edad en que se sentó, se paró, gateó y caminó. Describir movimientos automáticos, hiperactivos, hipoactivos o normales, problemas con dentición, y control de esfínteres, métodos de enseñanza.

### **12. Evolución de lenguaje**

Describir como se ha desarrollado el lenguaje en sus distintas etapas (balbuceo, vocalización, edad en que dijo sus primeras palabras, primeras frase; defectos en la pronunciación, habilidad para relatar acontecimientos.

### **13. Desenvolvimiento escolar**

Historia sobre la escolaridad, edad en que comenzó a ir al colegio, diferentes establecimientos a los que ha asistido, motivo de los cambios, adaptación al colegio (escuela), actitud ante el estudio, rendimiento académico, actividades deportivas, recreativas, extraescolares, figuras importantes, uso de castigo, relaciones personales dentro del colegio, mencionar cualquier deficiencia o dificultad del niño dentro el aula o en sus estudios.

### **14. Desenvolvimiento social**

Relaciones personales, con amigos, profesores, participación en actividades sociales, describir el juego del niño y cómo interactúa en el mismo.

### **15. Adolescencia**

Desarrollo de su etapa de adolescencia, crisis de identidad, dificultades que ha enfrentado, desarrollo de la independencia, relaciones con amigos, familia y la autoridad. Episodios de rebeldía, sumisión. Uso y abuso de drogas o alcohol en esta época.

### **16. Adultez**

Edad en la que empezó a trabajar, empleos que ha desempeñado, razones de cambio. Grado de satisfacción en el trabajo y razones por las que hay insatisfacciones. Planes

y metas hacia el futuro. Relaciones con los compañeros de trabajo, jefes superiores, y persona a su cargo. Actividades sociales, actividades recreativas. Comportamiento antisocial, conducta delictiva, antecedentes legales, si ha sido encarcelado, historia de violencia doméstica o de cualquier tipo de abuso.

**17. Historia Psicosexual y vida marital**

Incluye curiosidad sexual en la infancia, adolescencia, juegos sexuales, actitud de los padres hacia el sexo, actividad sexual adolescente, adulta, noviazgos, relaciones amorosas, matrimonio, etc.

Forma de relacionarse con la pareja, sumisión, violencia, golpes, dominio, dependencia. Edad en que contrajo matrimonio, satisfacciones o insatisfacciones y ansiedad sexual. Si son varios matrimonios: edad en que se efectuaron y forma en que se desarrollaron.

**10. Historia médica:** salud en general, enfermedades que haya padecido, intervenciones quirúrgicas, accidentes, hospitalizaciones. Hacerlo en orden cronológico. Cuáles han sido las reacciones del paciente ante estas situaciones.

**11. Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores:** cualquier condición psiquiátrica o psicológica que haya requerido tratamiento, incluir fechas, duración de la enfermedad y tratamiento recibido. Descripción de cómo era la situación de vida que prevalecía durante esa etapa.

## V. HISTORIA FAMILIAR

### 5. Genograma

6. **Estructura familiar:** miembros que integran la familia, grado de armonía, dinámica de relaciones, conflictos principales. Actitud de la familia ante el padecimiento del paciente, apoyo que le brindan. Situación económica, fuente de ingresos, aportación económica del paciente, posición socio-cultural, condiciones de la vivienda.

7. **Antecedentes familiares:** datos de la madre y padre; si han muerto, anotar causa de la muerte, fecha y reacción del paciente ante el suceso. Ocupación de cada uno de los padres, estado de salud física y mental, rasgos de personalidad. Relación del paciente con ambos durante la infancia y la que tiene actualmente. Averiguar figura de autoridad, el rol de cada uno. En relación a los hermanos: nombres y edades en orden cronológico, estado civil, ocupaciones, enfermedades importantes, rasgos de su personalidad. Si hay hermanos fallecidos mencionarlo incluyendo fecha y causa de la muerte. Relación con ellos durante la infancia y relación que tiene actualmente.

## VI. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

### 8. *Presentación (descripción general):*

- a) Nivel de conciencia: entre coma y vigilia alerta.
- b) Aspecto General: apariencia personal, peso, altura, higiene, cosmesis, vestido, disposición corporal, contacto visual, , postura
- c) Actitud: habilidad para conducirse durante la entrevista , actitud hacia el examinador y hacia sí mismo (colaborador, amable, manipulador, , busco aprobación, desconfiado, evasivo, arrogante, hostil, apático)

### **9. Conducta motora y estado afectivo:**

- a) Conducta motora: actividad psicomotora, acinesia, movimientos involuntarios; movimientos repetitivos, movimientos anormalmente lentos, movimientos excesivos, poses
- b) Afecto: manifestación exterior de los estados internos; tiene tres componentes: expresión facial, gestos, características del habla (volumen presión, ritmo y entonación; prosodia-coloración emocional del habla). Afecto embotado (disminución manifiesta de los límites de la expresión emocional, explosiones de llanto o ira.

### **10. Estado cognoscitivo**

- a) Atención:  
Capacidad de atención, se distrae con facilidad
- b) Concentración y vigilancia: se puede recurrir para valorarla a la repetición de los meses del año o los días de la semana en orden inverso
- c) Orientación: tiempo; lugar (espacio); Persona: identidad personal, (capacidad de ofrecer su nombre propio)
- d) Lenguaje:
  1. Fluidez: habla espontánea; volumen, timbre, habla lento, rápido; tartamudea, desarticula. Un método para valorar la fluidez consiste en hacer que el paciente describa lo que observa en un dibujo.
  2. Comprensión: del lenguaje hablado y escrito; obedece órdenes de complejidad variable: responde “sí o no” a las preguntas; señala los objetos descritos
  3. Repetición: frases de dificultad graduada; palabras aisladas; letras; números. Una frase apropiada para repetirla sería “el movimiento inicial reveló la intención del compositor”. Al paciente que no puede repetir esta frase se le presentan una serie de frases o expresiones de dificultades graduadas como prueba: “por fuera de la ventana”, “nadé a través del lago”, “el camino sinuoso llegaba al pueblo”, “dejó el cerrojo abierto”, “el panal atrajo un enjambre de abejas”, “no ponga peros”.
  4. Designación: objetos y partes de objetos a la confrontación visual( o a la presentación táctil). Una pregunta apropiada de investigación sería nombrar una pluma estilográfica y sus partes bajo confrontación visual: tapa, punta o plumilla y broche. (El paciente que puede designar una pluma y sus partes tiene capacidad intacta de denominación o designación y no experimenta afasia)

- e) Memoria:
  - Remota (años); pasado reciente (meses); memoria inmediata (minutos y segundos).
  - Cuando existen amnesias selectivas hacia eventos particulares, periodos o acontecimientos remotos o recientes, estos se describirán con detalle, así como la actitud del paciente hacia lo olvidado.
  - Si hay alguna sospecha de alteración de memoria, explore la capacidad retentiva del paciente haciéndole que repita inmediatamente y cinco minutos después, algún nombre, alguna dirección o datos similares. Es importante que se pruebe la capacidad de repetir alguna oración más o menos larga y la cantidad de veces que hay que repetir algún párrafo para que el paciente lo reproduzca con precisión.
- f) Razonamiento (funciones cognitivas)
  - Juicio práctico
  - Abstracción: semejanzas e interpretación de proverbios

### **11. Pensamiento:**

- a) Proceso: coherencia, dirección hacia un objetivo; lógica. Se puede considerar concreto, tangencial (salir del tema que se está tratando con imposibilidad del sujeto para volver al mismo, circunstancial (digresivo pero capaz de volver al tema), perseverativo (fijación a un solo pensamiento, una sola frase, o una sola palabra), laxo (ausencia de progreso lógico del pensamiento) o incoherente. El término “pensamiento bloqueado” se refiere a la interrupción súbita del pensamiento o del habla.
- b) Contenido: preocupaciones (señalar si las preocupaciones interfieren con la atención, concentración, sueño, apetito); ideas delirantes; alucinaciones; ilusiones (fantasías); ideación suicida u homicida. Existencia de fobias, ideas obsesivas, compulsiones y rituales. Planes para el futuro, ambiciones.
- c) Introspección: (Insight) grado de comprensión del paciente de sus problemas médicos y psicológicos y conciencia de los factores que afectan al curso de la misma. Capacidad de interpretar razonablemente (intelectual); y de interpretar emociones (emocional).

### **6) Estado de ánimo:**

Relación con el afecto y congruencia con el contenido del pensamiento. Humor (estado de ánimo durante la entrevista y otros contextos); sentimientos (lo que expresa y lo que se observa).  
 Recuerde que hay muchas variedades de ánimo, además de la alegría y la tristeza, como por ejemplo: estados de ansiedad, miedo, suspicacia, perplejidad, aburrimiento, desesperanza, etc.  
 Observe el tono afectivo durante la entrevista y fíjese que situaciones la alteran. Tenga especial cuidado en observar si los cambios del afecto son congruentes con el contenido del discurso.

## VII. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS (Cuantitativos y Cualitativos)

Incluir primero un cuadro con nombre de la prueba y fecha de aplicación, como el que sigue:

Nombre de prueba	Fecha de aplicación

Luego se presentan los resultados prueba por prueba, dando datos cualitativos y cuantitativos, de ser el caso.

## VIII. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Es la percepción que tenemos del caso total; una descripción interpretativa del caso evaluado. Describir en forma resumida su funcionamiento de acuerdo a las pruebas aplicadas, haciendo breve mención de los conflictos emocionales, si los hay. Se hace una interpretación dinámica que ofrece una imagen profunda de los eventos y condiciones internas que ocurrieron en la experiencia individual y del papel relativo de fuerzas biológicas, familiares y sociales que han contribuido a la ruptura del equilibrio mental o a la problemática que presenta el paciente.

## IX. EVALUACIÓN MULTIAxIAL

- EJE I:** Trastornos clínicos; otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
- EJE II:** Trastornos de la personalidad y retraso mental
- EJE III:** Enfermedades médicas
- EJE IV:** Problemas psicosociales y ambientales
- EJE V:** Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

(En cada uno de los ejes se debe incluir el código del CIE)

**X. RECOMENDACIONES**

Especificar las recomendaciones para el caso en general, para los padres y maestros, según sea el caso

---

Nombre del estudiante

---

Firma del estudiante

---

Fecha del Informe

## PLAN TERAPÉUTICO

### MODELO DE UN CASO

#### I. PERSPECTIVA TERAPEUTICA

**La perspectiva cognitiva** ya que postula que las emociones y conductas de la personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que esa persona interpreta la situación. Esta perspectiva sostiene que la persona depresiva exhibe un proceso de información inadecuado o especie de visión distorsionada, que da como resultado una visión negativa inconsistente de él, el mundo y el futuro. Se supone que estos procesos y contenidos de pensamiento subyacen a los síntomas motivacionales, afectivos y conductuales de la depresión. La teoría propone además que todo este pensamiento negativo causa que una persona desarrolle un repertorio de hábitos mentales llamados “esquemas” o “pensamientos automáticos negativos” que saltan a la acción y refuerzan el pensamiento negativo.

Para complementar la **Perspectiva conductista y del aprendizaje social**, declara que los trastornos son aprendidos del mismo modo que cualquier otra conducta. Puesto que la conducta se aprende se puede explicar que el trastorno depresivo se debe a que ella ha aprendido de manera inadecuada a percibir el mundo y se ha mantenido mediante una interacción entre el sistema cognitivo y los acontecimientos externos.

Esta perspectiva sostiene que las personas deprimidas tienden a: (1) pensar negativamente sobre sí mismas, (2) interpretar sus experiencias de forma negativa y (3) tener una visión pesimista del futuro. Lo que se denomina “tríada cognitiva”. Parte del tratamiento es para los pensamientos negativos automáticos que interfieren en el estado de ánimo de la persona. La terapia cognitiva trabaja con las barreras psicológicas al tratamiento adecuado reemplazando pensamientos negativos automáticos con pensamientos realistas, valiéndose de las técnicas de la Terapia Racional Emotiva y la Terapia Cognitiva en sí.

#### II. TIEMPO ESTIMADO

El tiempo estimado de la terapia es de 9 meses, aproximadamente 36 sesiones, teniendo una sesión por semana de 50 minutos.

### III. PRESENTACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Estado de ánimo depresivo	Modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales.	Se utilizarán técnicas cognitivas como conductuales. Tales como las técnicas del modelo ABC que se dividen en cognitivas, emotivas y conductuales.	Dichas técnicas se presentarán en 10 sesiones, se ensayarán en consulta y se asignan como tarea para casa.
Violencia Intrafamiliar	Alcanzar el fortalecimiento teórico-conceptual y dotar de herramientas prácticas para el abordaje de la violencia intrafamiliar.	Aplicar las técnicas de intervención del Programa de Interaprendizaje denominado "Sentir, pensar y enfrentar la violencia intrafamiliar" dividido en cuatro módulos.	Cada módulo se divide en cierta cantidad de unidades, las cuales se realizarán en 12 sesiones.
Baja autoestima o valía personal	Fortalecer los sentimientos de valía personal tales como: confianza, respeto, merecimiento, entre otros.	Realizar las estrategias para desarrollar la estima publicadas en el libro: Estrategias para desarrollar la autoestima y la estima del Yo profundo.	Considerando la intervención en tres partes: la autoestima, la autoestima depende de la autopercepción y la estima de sí mismo. La duración será de 8 sesiones.
		Llevar a cabo técnicas tales como: círculo de afecto, consintiéndote a ti mismo, el niño que llevamos dentro, entre otros.	6 sesiones.

IV. OBJETIVOS, TÉCNICAS Y RECURSOS

Objetivo	Técnicas	Recursos
Enseñarle a distraerse de las sensaciones de irritabilidad, inhibiendo emociones de enojo o ira.	<b>Entrenamiento en relajación:</b> Ejercicios de respiración, distensión muscular y relajación corporal.	Hoja de instrucciones para realizar los ejercicios en casa.
Aprender la diferencias entre emociones y pensamientos	Utilizar la mímica para expresar diferentes emociones que estarán escritas en fichas.	Fichas con diferentes emociones.
	En una hoja se escriben varias emociones y varios pensamientos y la paciente deberá identificar qué es cada uno.	Hoja de pensamientos o emociones. (Ver anexos).
Cuantificar una emoción empleando un punto de referencia.	<b>Unidades subjetivas de malestar (USM):</b> A través de un formato Likert se le ofrecerá a ella la opción de escoger un nivel para su emoción, dentro del rango que va desde “nada” hasta “muy alto”.	Formato de USM
Lograr que el paciente comprenda la relación Creencia-Consecuencia.	<b>Modelo ABC:</b> Utilizar un formato del modelo, realizarlo durante la sesión y llevarse uno a casa.	Formatos de Modelo ABC.
Aprender a identificar creencias irracionales	Repetición de frases irracionales a modo de autoinstrucciones.	Lista de frases irracionales.
	<b>Discriminación:</b> mediante ejemplos el terapeuta enseña al paciente, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.	
Buscar las creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras	<b>Detección:</b> Utilizar autor registros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.	Formato de autoregistro.
Búsqueda de evidencia para comprobar la validez los pensamientos automáticos	A partir de la experiencia de ella se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.	Formato de evidencias en pro y en contra.
	<b>Flecha Descendente:</b> diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba.	
	Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente. Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.	
Identificar las ocasiones en que el paciente pudo haberse hecho responsable de sucesos sin evidencia suficiente,	<b>Reatribución:</b> Revisar los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a	

cayendo por lo común en la culpa.	ese suceso.	
<b>Objetivo</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Recursos</b>
Ayudar al paciente a reconocer que tiende a anticipar eventos temidos sin base real.	<b>Descatastrofización:</b> Realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.	
Animar al paciente a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.	<b>Métodos humorísticos:</b> Exageración de una idea irracional en forma graciosa, o bien exageración de la evidencia en contra de una idea irracional.	
Enseñar al paciente a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.	<b>Entrenamiento asertivo:</b> A través de un rol-playing, el paciente y el terapeuta, adoptan un papel de interacción social y llevan a cabo la acción de roles; mientras el terapeuta debe de clarificar la cogniciones o pensamientos contraproducentes en la interacción social.	
Proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.	<b>Técnicas referenciales:</b> Se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.	
	<b>Escala de Dominio Placer:</b> El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas, el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona, utilizando escalas de 0-5. Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.	Formato de la Escala
	<b>Programación de actividades incompatibles u opuestas:</b> Permitirla al paciente ejecutar una serie de actividades alternativas a la conducta-problema, que en este caso es la inactividad; por lo tanto, la idea es que ella una lista de actividades para realizar los días de la semana.	Formato de Programación de Actividades.

	<p><b>Asignación de tareas graduales:</b>          Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta, se elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.</p>	<p>Hoja en blanco para realizar la jerarquía de conductas.</p>
--	--	--

De cada actividad a realizar se le entregará a la paciente una guía para las realice en casa, o se especificarán tareas para la casa. Esto permitirá retroalimentar y lograr los objetivos.

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PRACTICANTE

\_\_\_\_\_  
 FIRMA



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA**  
*“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”*

**FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS- CAMPUS EL NARANJO**

---

*PRÁCTICA V 2012*

**HOJA DE REGISTRO SEMANAL**

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de sesión \_\_\_\_\_  
Paciente: \_\_\_\_\_ No. de sesión \_\_\_\_\_

Instrucciones: Después de terminar la sesión con el paciente, llene este formato. Sea específico, de ser posible cite literalmente.

**1. Estado mental del paciente**

La paciente se presentó puntual a la sesión, se veía aliñada, bien arreglada, su postura era firme y relajada y mantuvo el contacto visual con la terapeuta casi todo el tiempo.

Mostró una actitud cooperadora, abierta, espontánea, segura y amable hacia la terapeuta.

Su conducta motora no mostró ninguna alteración ni movimientos estereotipados, se encontraba centrada en tiempo, persona y espacio. Su memoria no parecía denotar ninguna alteración.

Su discurso era espontáneo, muy expresivo.

**2. Áreas que fueron discutidas durante la sesión**

- ✓ Seguimiento a su estado y mejoría, debido a las últimas faltas.
- ✓ Relación de la paciente con su madre.
- ✓ Tarea de ejemplos de situaciones estresantes por las que atraviesa la paciente.

**3. Describa los sentimientos del paciente, cambios. Relacione la concordancia entre emociones y lo que está sucediendo en el momento de la sesión.**

La paciente se mostró relajada, y refirió sentirse feliz de haber podido asistir a su sesión, ya que se le había dificultado las últimas ocasiones, esperanzada, respecto a los cambios reflejados por los temas trabajados.

**4. Ideas que le transmitió el paciente.**

La paciente transmitió ideas de seguridad y confianza en sí misma y en el proceso terapéutico.

Así mismo comentó que la relación con su madre ha mejorado, pues trata de ser más asertiva con ella y ha utilizado las técnicas trabajadas en la sesión

**5. Intervenciones del terapeuta: describa de manera concisa y precisa lo que hizo usted durante la sesión y la forma en que el paciente respondió.**

- ✓ Se dio seguimiento al estado de la paciente, sus síntomas y situaciones recientes, debido a que no había asistido a las últimas tres sesiones.
- ✓ Se trabajó el tema de la relación de la paciente con la madre, en el que se logró inferir junto con la paciente, que le afecta mucho el desprecio constante que ha sentido su madre, indica que siente que no la valora y que la compara constantemente con su hermana o con Salomé. Esto se trabajó con técnicas de AIT, para lograr liberar estas emociones.
- ✓ Finalmente se trabajó con la paciente un ejercicio en el que debía identificar una situación específica que le produce ansiedad, los niveles de ansiedad que maneja, antes, durante y después de que ocurra esa situación específica, y las técnicas que considera que le ayudan a resolver estas situaciones. Se le entregó a la paciente una hoja con este cuadro para que lo realice de tarea.

**6. Indique las técnicas utilizadas durante la sesión.**

- ✓ Explicación e información.
- ✓ Escucha Activa
- ✓ Preguntas cerradas y abiertas
- ✓ Reflejo empático
- ✓ Técnicas terapéuticas de AIT

**7. Relacione esta sesión con las anteriores, dando cuenta de los cambios que encontró con respecto a su intervención.**

No se observaron debido a la aplicación de la Alianza Terapéutica.

**8. Impresiones con respecto al terapeuta y a la intervención: exprese sus sentimientos, temores y miedos durante y después de la sesión.**

Me parece muy positivo que la paciente se muestra muy abierta a estas técnicas, ya que eso ayudará al progreso y la rapidez de los resultados.

**9. Metas del terapeuta: planes para la próxima sesión.**

- ✓ Dar seguimiento a la tarea dejada.
- ✓ Seguir con el trabajo de la Alianza.

**10. Supervisión: haga un resumen de las dudas que necesite aclarar con su supervisor.**

Por el momento no tengo dudas.



**XI. UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA**  
**"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"**

**FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS- CAMPUS EL NARANJO**

---

**PRÁCTICA V 2012**

**HOJA DE SUPERVISIÓN DE CASOS**

Estudiante:

Fecha de supervisión:

Paciente:

Edad

No. Sesiones trabajadas:

Breve descripción de historia, motivo de consulta y genograma.

**Recomendaciones realizadas por la supervisión / retroalimentación**

**FIRMA SUPERVISIÓN** \_\_\_\_\_



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA**  
*"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"*  
**FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS- CAMPUS EL NARANJO**  
**PRÁCTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES**

**Nombre del alumno:**  
**Institución:**

**Paciente:**

**Fecha:**

**Fase del Proceso:** Evaluación  Intervención

<i>Aspecto a evaluar</i>	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Deficiente</i>
Orden de expediente	2	1	0
Ortografía	2	1	0
Redacción y vocabulario profesional	2	1	0
Presentación	2	1	0
Notas de evolución	2	1	0
<b>INFORME PSICOLÓGICO:</b>			
Historia clínica	2	1	0
Genograma	2	1	0
Examen mental	2	1	0
Resultados de pruebas aplicadas	2	1	0
Impresión diagnóstica	2	1	0
Diagnóstico multiaxial	2	1	0
Recomendaciones	2	1	0
Plan terapéutico (casos en intervención)	2	1	0
Entrevista	2	1	0
Evidencia de material consultado	2	1	0

TOTAL /30

**OBSERVACIONES:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fecha de revisión: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## INFORME CONSOLIDADO

### CIERRE DE CASO

#### I. Datos Generales:

Nombre:

Sexo:

Edad:

Residencia actual:

Estado Civil

Escolaridad:

Profesión:

Fecha de inicio de tratamiento terapéutico:

Tiempo de duración del proceso terapéutico:

**Referido por:**

#### II. Motivo de Consulta:

#### III. Descripción del proceso:

- Historia del problema actual
- Información relevante de la historia clínica, realizando una síntesis
- Nombres de las pruebas realizadas y una síntesis de su interpretación. Los proyectivos menores pueden ser interpretadas conjuntamente.
- Hacer una síntesis del proceso de evaluación, explicando qué se ha trabajado hasta el momento, logros y metas.

#### IV. Impresión Diagnóstica

#### V. Diagnóstico Multiaxial

#### VI. Recomendaciones:

#### VII. Plan de Tratamiento:

Si el plan de intervención terapéutica ya se ha iniciado dejar indicado en qué parte de la intervención terapéutica se encuentra el paciente en el momento del cierre o de referencia.

---

**Practicante Terapeuta  
(Nombre y Firma)**

---

**Fecha**

## EXAMEN MENTAL

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
No. Registro: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

### 1. Conducta y aspecto general:

#### 1.1 Aspecto:

\_\_\_\_ Peso  
\_\_\_\_ Altura  
\_\_\_\_ Aliño  
\_\_\_\_ Arreglo  
\_\_\_\_ Higiene  
\_\_\_\_ Contacto Visual  
\_\_\_\_ Postura  
\_\_\_\_ Apetito  
\_\_\_\_ Sueño  
\_\_\_\_ Adecuación de vestuario

#### 1.2 Conducta hacia el evaluador y personal del instituto:

\_\_\_\_ Cooperador      \_\_\_\_ Ansioso  
\_\_\_\_ Abierto          \_\_\_\_ Despreocupado  
\_\_\_\_ Hostil            \_\_\_\_ Distráido  
\_\_\_\_ Tenso             \_\_\_\_ Evasivo  
\_\_\_\_ Concentrado     \_\_\_\_ Lento  
\_\_\_\_ Atento            \_\_\_\_ Desorientado  
\_\_\_\_ Relajado         \_\_\_\_ Amable  
\_\_\_\_ Repetitivo      \_\_\_\_ Inseguro  
\_\_\_\_ Confiado         \_\_\_\_ Retador

Forma en que pasa el día: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

#### 1.3 Conducta motora:

\_\_\_\_ Mov. estereotipado  
\_\_\_\_ Mov. lento  
\_\_\_\_ Mov. rápido

\_\_\_\_ Aumento de actividad motora  
\_\_\_\_ Disminución de actividad motora

### 2. Estado de la cognición y del sensorio:

2.1 \_\_\_\_ Orientación en persona  
\_\_\_\_ Orientación en lugar  
\_\_\_\_ Orientación en tiempo

2.2 \_\_\_\_ Atención  
\_\_\_\_ Concentración

2.3 \_\_\_\_ Memoria corto plazo  
\_\_\_\_ Memoria mediano plazo  
\_\_\_\_ Memoria largo plazo

2.4 Inteligencia: \_\_\_\_\_

### 3 Discurso:

\_\_\_\_ Habla incesante  
\_\_\_\_ Habla escasa  
\_\_\_\_ Habla espontánea  
\_\_\_\_ Habla fluida  
\_\_\_\_ Habla escueta  
\_\_\_\_ Discurso rápido  
\_\_\_\_ Discurso lento  
\_\_\_\_ Discurso vacilante  
\_\_\_\_ Discurso explosivo  
\_\_\_\_ Expresión precisa  
\_\_\_\_ Expresión  
\_\_\_\_ Se pierde en interrupciones

\_\_\_\_ Usa expresiones extrañas  
\_\_\_\_ Usa palabras sin sentido  
\_\_\_\_ Fuga de ideas  
\_\_\_\_ Concreto  
\_\_\_\_ Circunstancial  
\_\_\_\_ Tangencial  
\_\_\_\_ Bloqueos  
\_\_\_\_ Disociaciones  
\_\_\_\_ Reiteraciones  
\_\_\_\_ Perseverancias  
\_\_\_\_ Incoherencias  
\_\_\_\_ Incongruencias

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cambio de tema frecuente | <input type="checkbox"/> Neologismos      |
| <input type="checkbox"/> Prolijidad               | <input type="checkbox"/> Pararespuestas   |
| <input type="checkbox"/> Usa palabras apropiadas  | <input type="checkbox"/> Debe consignarse |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo                | <input type="checkbox"/> Balbuceo         |
| <input type="checkbox"/> Vago                     | <input type="checkbox"/> Tartamudeo       |

**4 Contenido del pensamiento** (Contenido neurótico- no fuera de realidad)

- Ansiedad       Temores       Pensamiento morboso

Ideas obsesivas: \_\_\_\_\_

Compulsiones y rituales: \_\_\_\_\_

Fobias: \_\_\_\_\_

Ideas delirantes: \_\_\_\_\_

Ideas suicidas: \_\_\_\_\_

Planes a futuro \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que más le preocupa en este momento? \_\_\_\_\_

¿Las preocupaciones interfieren con la atención, concentración, sueño y/ o apetito?  SI       NO

**5 Creencias y experiencias anormales**

5.1.1 En relación al ambiente:

- ilusiones     alucinaciones     delirios     ideas de referencia  
 interpretaciones inadecuadas

5.1.2 En relación al cuerpo:  ideas     delirios

5.1.3 En relación a sí mismo:  intrusiones     lectura de pensamiento     delirios de influencia

**5.2 Experiencias anormales:**

5.2.1 Al medio ambiente:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones auditivas  | <input type="checkbox"/> alucinaciones táctiles    |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones visuales   | <input type="checkbox"/> sentimientos de extrañeza |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones olfatorias | <input type="checkbox"/> perplejidad               |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones gustativas | <input type="checkbox"/> sensación de ubicuidad    |

5.2.2 Al cuerpo:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolores                 | <input type="checkbox"/> alteraciones en sensibilidad     |
| <input type="checkbox"/> Somatizaciones          | <input type="checkbox"/> alteraciones en esquema corporal |
| <input type="checkbox"/> Creencias de enfermedad | <input type="checkbox"/> alucinaciones cinestésicas       |

5.2.3 Al Yo:

- |                                      |  |   |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> disociación | <input type="checkbox"/> despersonalización  | <input type="checkbox"/> retardo de ideas autónomas |
| <input type="checkbox"/> Bloqueos    | <input type="checkbox"/> pensamiento forzado |   |

**6. Afectividad:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Afecto plano      | <input type="checkbox"/> Afecto eutímico     | <input type="checkbox"/> Expansión      |
| <input type="checkbox"/> Afecto hipotímico | <input type="checkbox"/> Afecto hipertímico  | <input type="checkbox"/> Hiperactividad |
| <input type="checkbox"/> Embotamiento      | <input type="checkbox"/> Labilidad emocional | <input type="checkbox"/> Culpa          |
| <input type="checkbox"/> Depresión         | <input type="checkbox"/> Pánico              | <input type="checkbox"/> Miedo          |

\_\_\_ Elación  
\_\_\_ Enojo  
\_\_\_ Suspiciacia  
\_\_\_ Alegría  
\_\_\_ Tristeza

\_\_\_ Hostilidad  
\_\_\_ Calma  
\_\_\_ Aflicción  
\_\_\_ Perplejidad  
\_\_\_ Aburrimiento

\_\_\_ Ansiedad  
Otros: \_\_\_\_\_  
Tono afectivo durante la entrevista y situaciones en las que se altera: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Congruencia de afecto con discurso  
\_\_\_ Afecto al nivel de intensidad apropiado  
\_\_\_ ¿Expresión de verdaderos sentimientos?

### 7. Juicio:

Actitud del paciente hacia su situación actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Insight

Enfermedad:  mental  nerviosa  física  relac. problema personal

Tipo de ayuda que espera: \_\_\_\_\_

Origen que atribuye a su problema: \_\_\_\_\_

Actitudes y expectativas:  constructivas  destructivas  
 realistas  irrealistas

### 8. Sentimientos del entrevistador hacia el paciente:

\_\_\_ Simpatía  Frustración  Dificultad de la entrevista: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Interés  Impaciencia \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Tristeza  Enojo  Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Ansiedad  Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Irritabilidad \_\_\_\_\_

### 9. Personalidad:

#### 9.1 Actitudes en sus relaciones familiares, sociales y sexuales:

___ ansioso	___ dirigente	___ seguidor
___ responsable	___ capaz de tomar decisiones	___ amistoso
___ cálido	___ demostrativo	___ reservado
___ frío	___ indiferente	___ competitivo
___ celoso	___ dominante	___ seguro
___ sumiso	___ sensible	___ inseguro
___ suspicaz	___ pendenciero	___ dependiente
___ resentido	___ autoritario	___ independiente
___ agresivo	___ seductor	___ introvertido
___ extrovertido	___ ambivalente: _____	

Capacidad para hacer y mantener relaciones: \_\_\_\_\_

Dificultad para aceptar su papel en cuanto a sexo, familia y trabajo: \_\_\_\_\_

Actitud hacia su propio sexo: \_\_\_\_\_

#### 9.2 Actitudes hacia sí mismo:

___ indulgente	___ egocéntrico	___ vano
___ histriónico	___ crítico	___ despectivo
___ preocupado	___ cohibido	___ limpio
___ minucioso	___ escrupuloso	___ negligente
___ descuidado	___ se autovalora	

\_\_\_ Satisfacción consigo mismo

Ambiciones y metas: \_\_\_\_\_

Actitudes hacia su salud: \_\_\_\_\_

Actitud hacia éxitos y fracasos: \_\_\_\_\_

**9.3 Actitudes morales y religiosas:**

\_\_\_\_ comprometido                      \_\_\_\_ no comprometido                      \_\_\_\_ crítico  
\_\_\_\_ disoluto                              \_\_\_\_ moderado                              \_\_\_\_ permisivo  
\_\_\_\_ escrupuloso                          \_\_\_\_ conformista                          \_\_\_\_ rebelde  
\_\_\_\_ flexible                                \_\_\_\_ rígido

Creencias religiosas que profesa: \_\_\_\_\_

**9.4 Humor y ánimo:**

\_\_\_\_ estable                      \_\_\_\_ cambiante                      \_\_\_\_ optimista                      \_\_\_\_ pesimista  
\_\_\_\_ irritable                      \_\_\_\_ preocupado                      \_\_\_\_ tenso                      \_\_\_\_ práctico  
\_\_\_\_ inhibido                      \_\_\_\_ abierto                      \_\_\_\_ expresivo  
\_\_\_\_ habilidad para expresar y controlar emociones

**9.5 Intereses y actividades:**

\_\_\_\_ usa tiempo libre solo      \_\_\_\_ con pocos amigos      \_\_\_\_ con muchos amigos      \_\_\_\_ con familia

**9.6 Fantasías:**

\_\_\_\_ sueños repetitivos                      \_\_\_\_ sueños impresionantes                      \_\_\_\_ sueña despierto

**9.7 Reacción a situaciones críticas:**

\_\_\_\_ tolerancia a frustración                      \_\_\_\_ tolerancia a pérdida                      \_\_\_\_ desilusiones  
\_\_\_\_ insatisfacción de necesidades biológicas                      \_\_\_\_ insatisfacción de necesidades sociales  
\_\_\_\_ uso de mecanismos de defensa: \_\_\_\_\_

**9.8 Rasgos del carácter:**

\_\_\_\_ pasivo                      \_\_\_\_ agresivo                      \_\_\_\_ pasivo- agresivo                      \_\_\_\_ esquizoide  
\_\_\_\_ neurótico                      \_\_\_\_ paranoide                      \_\_\_\_ psicopático                      \_\_\_\_ asténico  
Otro: \_\_\_\_\_

**9.9 Aspectos psicodinámicos:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Entrevista Directa

### 1. Ficha de identificación

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Escolaridad:

Domicilio:

Teléfono:

Fecha de la entrevista:

Referido por:

#### Niños/as:

Nombre de ambos padres, edad, Nivel de escolaridad:

Nombre del padre:

Edad:

Profesión:

Nombre de la madre:

Edad:

Profesión:

Nombre, edad y sexo de hermanos/as en orden cronológico:

--

#### Adultos:

Estado civil:

--

Años de matrimonio:

Nombre del cónyuge:

Nombre, edad y sexo de los hijos:

I: Motivo de consulta (queja principal)

II: Historia del problema actual:

### III Historia Clínica:

Período prenatal:

Período perinatal:

Período postnatal: ( desarrollo psicomotor)

Evolución del Lenguaje:

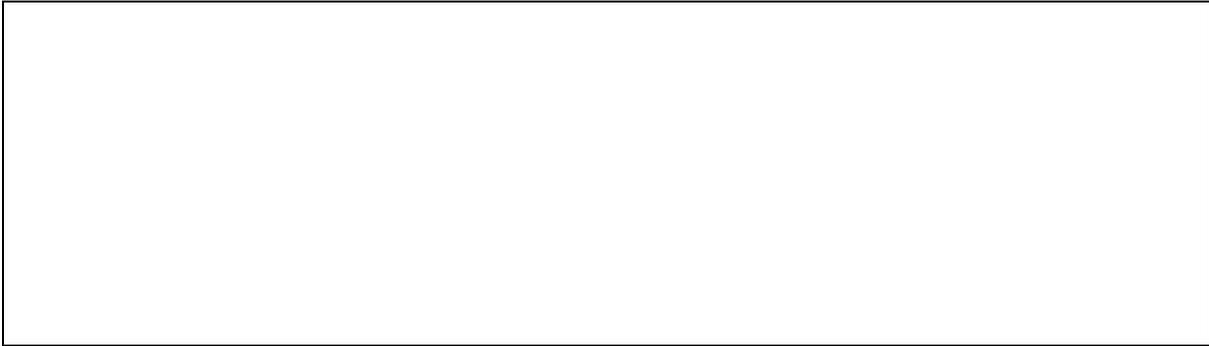
Etapa escolar:

Adolescencia:

Adulthood:

Vida sexual y Marital:

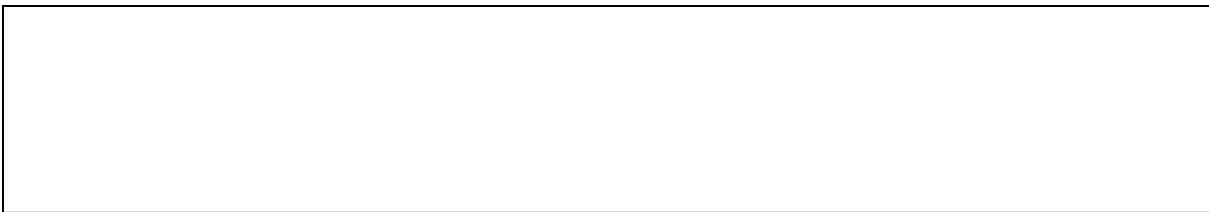
IV: Historia médica:

A large, empty rectangular box with a black border, intended for the patient's medical history.

V: Historia Familiar: (Genograma)

A large, empty rectangular box with a black border, intended for the family history or genogram.

VI: Estructura Familiar: (Miembros que Integran la familia)

A large, empty rectangular box with a black border, intended for the family structure or members.

VII: Antecedentes Familiares:

A large, empty rectangular box with a black border, intended for family antecedents.

Examen Mental:

Conducta y aspecto general del paciente:

--

2. Conducta motora y estado afectivo:

--

3. Estado cognoscitivo:

--

4. Pensamiento: (proceso, contenido introspección)

--

5. Estado de ánimo:

--



**TEST DE LA FIGURA HUMANA: KAREN MACHOVER**

**ASPECTO FORMAL, ESTRUCTURAL O EXPRESIVO**

<b>TAMAÑO</b>		
Dibujo que llena la página		Fantasia compensatoria de grandeza
Figura muy grande para la página		Persona cuyas aspiraciones exceden sus oportunidades Considera su ambiente muy limitado
Paciente obeso dibuja figura delgada		Buen pronóstico para un tratamiento de obesidad
Figura de sexo opuesto más grande que uno		Posible respuesta pasiva Considera sexo contrario más fuerte
Figura pequeña		Sentimiento de inadecuación Sentimiento de inferioridad Retraimiento al sentirse rechazado Infravaloración de la imagen parental
Figura es muy grande (alto y ancho)		Grandiosidad Característica paranoide
Los dibujos pequeños y disminuidos		Sentimiento de inadecuación Tendencia al retraimiento Inseguridad

<b>CALIDAD DE LINEA</b>		
Continua de línea fuerte, firme y ligera		Actitud de ataque
Trazo largo y fuerte		Decidida y fuerte Firme control de la conducta
Línea débil Presión baja		Timidez Bajo nivel energético Represión Ejemplo de neuróticos angustiados o esquizofrénicos crónicos y catatónicos. Persona con depresión Desubicación
Trazo enérgico y decidido		Perseverancia Seguridad
Línea desvaeciente		Tendencias histéricas
Líneas pesadas y gruesas		Agresión Temores a la despersonalización
Línea dentada		Hostilidad Negatividad Agresión
Línea quebrada		Área de conflicto
Línea reforzada		Ansiedad Inseguridad Área de conflicto Regresión
Trazos bosquejados cortos		Índice de ansiedad Falta de certeza
Trazos cortos		Conducta impulsiva (excitables)
Línea incompleta y bosquejada		Ansiedad Timidez
Trazo circular		Dependientes Emotivos
Trazos largos		Conducta o comportamiento controlado
Línea gruesa en el contorno del cuerpo		Una barrera entre la persona y el ambiente. Se encuentra en personas que sufren de despersonalización y en alcohólicos paranoides.
Contorno de la figura claro y definido o la línea con demarcación reforzada		Necesidad de aislamiento y de protección frente a las presiones externas.
Trazo que va hacia el centro de la figura		Tendencia a la introversión.

Trazo que va hacia fuera de la figura		Tendencia a la extroversión.
Línea que fluye libremente, decidida y con buen control		Normal.

#### MARGEN

Dibujarse cerca del margen		Necesidad de sustento. Dependencia. Falta de auto confianza.
----------------------------	--	--

#### COLOCACIÓN DE LA FIGURA

Arriba		Siente que está realizando esfuerzos en su vida y a veces que su meta es inalcanzable. Busca satisfacciones en la fantasía y no en la realidad.
Abajo		Persona más estable y serena, pero con tendencia a deprimirse.
En medio		Auto dirigido. Adaptado. Centrado en sí mismo Alta seguridad
Orientada a la derecha		Extroversión Tendencia al negativismo o a la rebelión.
Orientada a la izquierda		Introversión Tendencia a la regresión Inmadurez
Colocado debajo del punto medio		Ánimo deprimido Sentimiento de inadecuación
Dibujo centrado (en niños)		Seguridad
Alineación de los dibujos sobre el punto medio		Distanciamiento. / Fantasía.
Los pies de la figura están en los pies de la hoja		Necesidad de estabilidad debido a conflicto
Figura centrada que ocupa prácticamente toda la hoja		Grandiosidad. / Paranoia. Tendencia a la manía.
Figura grande centrada tirando hacia la izquierda.		Psicóticos agresivos con sentimientos de inadecuación.
Figura mediana al lado izquierdo.		Tensión. / Introversión.

#### SOMBREADO

Pesado y fuerte		Tendencia a la agresión Personalidad antisocial
Exagerado, Sucio, Excesivo.		Potencial psicótico
General		Ansiedad Agresión Área de conflicto
Área sexual		Ansiedad relativa a la función sexual.
Ligera, mínimo		Relativa libertad de ansiedad
En pecho de figura masculina		Vivencias de inferioridad física.

#### BORRADO

Borrar		Expresión de ansiedad Deseo de perfeccionamiento fundamentado en inseguridad. Frecuente en obsesivos compulsivos y neuróticos.
--------	--	--

#### SECUENCIA

Dibujo del sexo apuesto primero		Homosexualidad Conflicto con identificación sexual Fuerte apego o dependencia hacia padre o persona del sexo opuesto.
Énfasis promedio en características femeninas de sujeto femenino		Satisfacción genuina con el rol sexual
Énfasis en las características sexuales femeninas		Uso agresivo de característica sexual Coquetería

Sujeto femenino donde las características sexuales femeninas están disminuidas.	Respuesta erótica restringida Índice de experiencia heterosexual limitada Experiencia erótica insatisfecha.
---	---

### ANÁLISIS DE CONTENIDO

CABEZA	
Dibujada en contraste con un cuerpo vagamente trazado o ausente.	Utilización de la fantasía como mecanismo compensatorio. Predominio intelectual sobre los aspectos instintivos.
Muy grande	Altas aspiraciones intelectuales Utilización de mecanismos de racionalización e intelectualización.
Grande en figura femenina (realizada por varón adulto).	Fijación emocional a la imagen materna.
Pertenece al sexo al que le dibuja la cabeza más grande.	Le concede mayor autoridad social o intelectual.
Pequeña	Sentimiento de inadecuación intelectual.

### RASGOS SOCIALES

CARA	
Dibujada de último	Trastorno en las relaciones interpersonales, relacionado con sentimiento de vergüenza y culpa
Omitir rasgos faciales	Evasión de las relaciones interpersonales para vivirlas en forma conflictiva. Relaciones interpersonales caracterizadas por superficialidad cautela y hostilidad.

EXPRESIONES FACIALES	
Obscurecer los rasgos faciales y trazar con fuerza el contorno de la cabeza	Timidez.
Énfasis exagerado de los rasgos faciales	Compensar la deficiencia de autoestima por una autoimagen de individuo agresivo y socialmente dominante.
Odio, temor, perplejidad, agresión, rebeldía	Muestran lo más característico de sus relaciones interpersonales.

OJOS	
Furtivos y sospechosos	Ideas de alucinación
Penetrantes	Arma social agresiva
Bizcos	Confundido en pensamiento
Grandes, oscuros, acentuados y amenazantes.	Hostilidad. Sospecha proyectada por individuo paranoico.
Hombre que dibuja ojos grandes con pestañas.	Homosexualidad o identificación con figura femenina.
Cerrados	Encerramiento frente al mundo. Concentración de su propia realidad interna.
Omisión de pupila con dibujo de contorno de ojo.	Percepción vaga del mundo.
Área de órbita grande(indicado por una línea) pero el ojo real pequeño.	Fuerte curiosidad visual junto a culpabilidad, probablemente de tipo voyerístico
Omisión de ojos.	No quiere ver. / Dolor profundo.

CEJAS	
Bien arregladas	Persona refinada con cuidado personal. / Actitud crítica.
Peludas	Persona primitiva (instintiva, sin autocontrol).
Cejas levantadas.	Desdén. / Arrogancia. / Duda.

OREJAS
--------

Destacadas por tamaño, reforzamiento, forma, colocación o borraduras		Estado de particular sensibilidad que puede fluctuar desde apacible reacción de criticismo u opinión social, hasta alucinaciones auditivas.
Agrandadas o destacadas		Posible daño orgánico en el área auditiva. / Alucinaciones auditivas en paranoico. / Conflicto homosexual pasivo.
Acentuación moderada		Susceptible a la defensa.

<b>PELO</b>		
Énfasis del pelo en la cabeza, pecho, barba, bigote (elaboración de peinado, vigor en sombra).		Pujanza viril.
Énfasis en pelo ondulado, hechizante, dispuesto en cascada (acompañado de detalles llamativos).		Observado en delincuentes sexuales. Deseo de deslumbrar hechiceramente.
Sombreado vigoroso del cabello con pobre delineación de forma.		Conflicto de virilidad en relación a la conducta sexual desviada.
Mujer peluda, hombre calvo.		Desorden sexual.
Bigote y barba.		Búsqueda compensatoria de virilidad por parte de personas con sentimientos de inadecuación sexual o dudas acerca de su masculinidad.

<b>NARIZ</b>		
Muy larga.		Inadecuación sexual.
Tratamiento especial (agrandar reducir, borrar, sombrear, omitir).		Conflicto sexual.
Sombreada.		Temor a la castración.
Larga		Vigor sexual.
Chata		Infantilidad.
Ventanas señaladas		Índice de agresividad.
Ganchuda		Desprecio. / Rechazo de otros hacia él.
Reforzamiento		Compensación por sexualidad inadecuada.

<b>BOCA (El énfasis oral es característico en niños, adultos, regresivos, alcohólicos y deprimidos).</b>		
Lengua		Fuerte concentración oral a nivel primitivo.
Cóncava		Infantilismo. / Dependencia oral.
Una línea		Agresividad a nivel verbal.
Variación de trazo rápido, corto, con presión.		Fuerte impulso a la agresión verbal (no lo hace por miedo).
Amplia tonada hacia arriba.		Genialidad forzada. / Esfuerzo por ganar aprobación.
Omisión		Culpabilidad en relación a la agresión oral.
Detallada con dientes a la vista		Índice de infantilidad. / Agresión oral. Esquizofrénicos e histéricos.
Destacada.		Dificultad sexual. / Persona caprichosa a alimentos, síntomas gástricos, lenguaje indecente, arranques de mal humor.

<b>LABIOS</b>		
Gruesos en figura masculina.		Signo de afeminamiento. Aparece frecuentemente con rasgos que muestran tendencias narcisistas.
Semejante al falo.		Personas que han experimentado actos sexuales con la boca.
Arcos cupidos.		Observados en muchachas precoces sexualmente.
Colocación de palillo, cigarro, o pipa		Tratamiento erótico – oral.

<b>BARBILLA (muestra fuerza y determinación).</b>		
Ya sea notadas en dibujos de perfil,		Compensación por debilidad e inadecuación en asumir

borradas o reforzadas, sobresale de manera predominante	responsabilidades. Se manifiesta como un impulso a aparecer socialmente enérgico y dominante.
---	---

<b>CUELLO</b>	
Destacado	Perturbado por falta de coordinación entre el impuso y sus funciones de control mental.
Alto y delgado	Sujeto excesivamente moral que ostenta un fuerte dominio sobre sus instintos.
Corto	Conducta más guiada por lo instintivo que por lo intelectual.
Nuez de Adán (en muchachos)	Expresión fuerte de virilidad e impulso de masculinidad.
Nuez de Adán (en adultos).	Individuos sexualmente débiles e inseguros en su rol masculino.

### RASGOS DE CONTACTO

<b>BRAZOS</b>	
Extenderse hacia el medio ambiente.	Deseo de contacto de relaciones.
Colgar de manera flexible a los lados del cuerpo.	Cierto contacto con el medio ambiente, pero más pasivo
Cerrados y tensados a la figura.	Tensión y rigidez en la relación, adoptando una actitud pasiva y defensiva.
Se extienden en forma horizontal y mecánica.	Contacto superficial.
Dimensión del brazo aparece como frágil y consumido.	Sentimiento de deficiencia y debilidad.
Muy robustos.	Compensación o exhibición de masculinidad.
Largos, extendidos y fuera del cuerpo.	Necesidades agresivas dirigidas al exterior. / Ambición. Deseos de proeza o adquisición.
Corto.	Falta de poder.
Omisión.	Se ha visto en esquizofrénicos y sujetos muy deprimidos. Dificultad y necesidad de afecto en relaciones. Sin habilidad social.

<b>MANOS</b>	
Ocultas u omitidas.	Persona con dificultad de contacto. Sentimiento de culpa en relación a actividades manipulatorias.
Dibujadas con contorno impreciso o son oscurecidas.	Falta de confianza en los contactos sociales y en su productividad.
Sombreadas.	Culpabilidad en relación a impulsos agresivos o actividades masturbatorias.
En los bolsillos.	Comportamiento hallado en delincuentes. Jóvenes psicopáticos. / Esto señala evasión. Indicio de masturbación. / Signo de haraganería.
Tamaño exagerado	Conducta compensatoria debido a sentimientos de insuficiencia (en relaciones interpersonales o inadecuadas).
En forma de puño.	Tensión en los contactos sociales. / Agresividad reprimida.
Puño + brazo extendido.	Rebeldía manifestada en relaciones superficiales.
Puño se presiona hacia el cuerpo.	Rebeldía reprimida.
En la región genital.	Preocupación por prácticas autoeróticas.
Dedos en forma de pétalo (corto y redondo).	Regresión.
Dedos muy sombreados.	Índice de culpabilidad (relacionada con robo y masturbación).
Dedos en forma de lanza.	Agresión abierta.
Más de cinco dedos.	Individuo ambicioso y agresivo.
Dibujadas uñas y coyunturas.	Control obsesivo de la agresión.
Omisión de manos.	

<b>PIERNAS Y PIES</b>		
Cuerpo grande con pié pequeño (consumida, delgada, temblorosa, sentimiento de deficiencia).		Individuo con trastorno en el desarrollo o senil.
Sombreado o delineamiento a través del pantalón (hombres).		Varones adultos con pánico homosexual.
Resistencia al trazo del pié.		Depresión. / Desilusión. / Físicamente imposibilitado.
Dando paso.		Acto de afirmación.
Pies en forma de falo.		Insuficiencia sexual y preocupación en relación a ella.
Firmemente asentados sobre el suelo.		Necesidad de apoyo en la realidad.
Tobillos y muñecas pequeñas.		Inestabilidad.
Pies omitidos.		Falta de estabilidad o miedo a la realidad.
Dibujar primero pies y piernas.		Énfasis en la realidad.
Pié enfatizado.		Ansiedad frente a la realidad, prioridad del aquí y ahora.
Omisión de dedos de pies.		Inestabilidad.

#### **TRONCO**

<b>TRONCO</b>		
Redondo.		Menos agresivo.
Omitir el de hombres y sombream el de la mujer.		Agresión contra la figura femenina.
Dos líneas paralelas con continuidad de la cabeza a los pies.		Individuo primitivo y desorganizado.
Reacios a cerrar la parte inferior.		Indicio de preocupación sexual.
Un cuerpo extremadamente delgado.		Descontento con estructura somática. Vivencia de debilidad o fragilidad corporal.

#### **SENOS**

Pechos grandes y dibujados con mucho cuidado (por varón).		Sujeto con fuerte necesidad de dependencia oral; emocional. Psicosexualmente inmaduro.
Línea baja y pendiente.		
Línea alta y firme.		
Busto acentuado.		Imagen fuerte y dominante de la madre.
Mujer que dibuja busto grande y fuerte, con desarrollo de la pelvis.		Fuertemente identificada por una imagen materna productiva y dominante.

#### **HOMBROS**

Anchos y voluminosos.		Expresión de poder físico y psíquico.
Varones que dibujan hombro voluminoso.		Sexualmente ambivalente. Sobrecompensación a causa de insuficiencia corporal.
Mujer con hombros poderosos.		Grado de protesta masculina.
Varones que tratan igual a las dos figuras.		Sospecha de confusión sexual.

## PROTOCOLO TEST DEL ARBOL (Karl Koch)

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad cronológica: \_\_\_\_\_ Edad mental: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
1.	<b>ESPACIO</b>		
	<b>Zona superior A</b>	Alto	Se relaciona con lo espiritual, en el sentido amplio (intelectual, ético-religioso, ideal, conciencia supra-individual).
	<b>Zona media I-C-D</b>	Del corazón, de los afectos de lo consciente individual, de sensibilidad. En nuestro sistema occidental escribimos de izquierda a derecha, por lo que:	<b>I-C:</b> representa el pasado, el YO que se encamina hacia lo que se fue. <b>C-D:</b> el futuro, el tú el mundo exterior. <b>I-D:</b> línea del YO hacia el Tú, del egoísmo-altruismo, del pasado hacia el futuro, de lo materno familiar hacia lo paterno independiente.
	<b>Zona inferior B</b>	De lo material	Instintivo, en el cuerpo, los órganos y miembros inferiores, en el infierno, infraconsciente, línea de tránsito de lo consciente a lo inconsciente.

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
2.	<b>TRAZO</b>		
	<b>Débil</b>	Con escasa presión, el dibujante apenas osa afirmarse sobre la realidad objetiva que es el papel	Siente delicadeza o debilidad de energía, impresionabilidad al contacto con la realidad.
	<b>Fuerte</b>	El lápiz es apoyado fuerte o violentamente sobre el papel	Denota energía, mundo o brutalidad.
	<b>Rápida</b>	Continuado y hecho en un solo gesto, para continuar con rapidez.	Impaciencia.
	<b>Lento</b>	Calmo, vigoroso	Indican calma, flema e inseguridad
	<b>Poroso</b>	Aparentemente continuo, pero en realidad hecho con pequeños trazos, unos sobre otros, que se unen entre sí	Inseguridad, exceso de sensibilidad, identificación con el ambiente, incertidumbre, impresionabilidad, permeabilidad. Fig. 2d
	<b>Entrecortado</b>	Dejando espacios. Fig. 3e	Sensibilidad explosiva, humor variable
	<b>Recto</b>	Recto. Ver Fig. 2c,d y 3e,d	Predominio de la razón, frialdad por lo menos exterior, claridad.
	<b>Curvo</b>	Curvo. Ver Fig. 2b y 3b	Imaginación, dulzura
	<b>Anguloso</b>		Preocupación de ser claro, señal de resistencia.
	<b>Anguloso Activa</b>	Con presión fuerte	Indica espíritu de lucha, actividad, tenacidad, claridad.
	<b>Anguloso Pasiva</b>	Con presión débil o trazo	Señala terquedad, obstinación o impertinencia,

		poroso	imposición caprichosa. susceptibilidad.
No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
3.	<b>TAMAÑO</b>	Valor del YO	
	<b>Dibujo pequeño</b>	Pequeño	Sentimientos de inferioridad o modestia
	<b>Dibujo Grande</b>	Grande	Orgullo, vanidad o deseo de superación, del sentimiento de inferioridad

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
4.	<b>EL SUELO</b>		
	<b>Suelo en forma de colina</b>	Se evidencia y se ve mejor lo que está arriba de una colina. Fig. 5	La colina aparta, hace dominar la planicie, permite ver a quien llega, tranquiliza la desconfianza. Egocentrismo.
	<b>Suelo Circunscrito</b>	Fig. 7, 15, 21	Otra forma de egocentrismo menos ostensible. Desconfianza, separación, retraimiento. Fue encontrada esta forma en adolescentes con tendencia a la mentira.
	<b>Horizonte lejano</b>	Normalmente el suelo está en la base del árbol. Cuando la línea del horizonte esta sobre ella (sobre la cual está la realidad)	El sujeto se alerta de la realidad, hay pasividad pero Alfonso considera esta señal como predominio de las fuerzas vegetativas, inconscientes: instintividad. La zona inferior invade las zonas superiores.
	<b>Suelo ascendente</b>	Subir es penoso y crea distancia Fig11	Reserva, distancia, difícil adaptación.
	<b>Suelo descendente</b>	Dificultad de mantenerse en línea recta	Voluntad débil, falta de firmeza

	<b>Suelo al margen</b>		Infantilidad, inmadurez.
--	------------------------	--	--------------------------

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
5.	<b>LAS RAICES</b>		
	<b>Las raíces</b>	En general, quedan debajo de la tierra y no se ven, si se dibujan es acentuar fijación al suelo. Cuanto más fuertes y profundas sean las raíces, mayor será la intensidad del rasgo. Fig. 1	Pesadumbre, inhibición, inmovilidad, instintividad. Tradicionalismo.

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
<b>6.</b>	<b>EL TRONCO</b>		
	<b>Base del tronco ancha</b>	Mayor fijación de la tierra. Fig. 5, 6	Menor movilidad psicológica (menos vivacidad) y aún hasta física (obesidad)
	<b>Tronco delgado</b>	Fig. 9 y 17	Sentido de debilidad o delicadeza tiene analogía con los trazos finos en la escritura
	<b>Tronco grueso</b>	Fig. 6	Fuerza (autoafirmación) natural o por compensación del sentido de impotencia, tendencia a la brutalidad, violencia, primitivismo.
	<b>Tronco en una sola pieza</b>	Desde lo alto a lo bajo. Fig.7	Primitivismo, indiferenciación, falta de fineza, de tacto, eventualmente, falta de inteligencia, tipo más práctico que teórico, frecuentemente necesidad de compensar la inseguridad interior.
	<b>Tronco formado por líneas rectas</b>	Cuando está bien desarrollado	Corrección, claridad, capacidad de abstracción. Rigidez, artificialismo.
	<b>Tronco de líneas onduladas</b>	*Si las dos líneas del tronco se presentan así esas cualidades son interiores y hasta pueden manifestar-se exteriormente. * Si la línea izquierda es ondulada y la de la derecha recta. *Línea derecha ondulada y la izquierda recta.	*Sociabilidad, dulzura, contacto fuerte.  *Representa sensibilidad interior, cubierta por rigidez y frialdad exterior. *Representa rigidez y frialdad interiores, cubierta por aparente sociabilidad. Se toma en cuenta la combinación de la curva y de la recta, según las zonas derecha e izquierda.
	<b>TRONCO CON IRREGULARIDADES</b>		
	<b>Del lado izquierdo</b>		Traumas íntimos, vulnerabilidad interior, inhibición.
	<b>Del lado derecho</b>		Dificultad del contacto, de adaptación, conflictos con el ambiente.
	<b>Sombreado del lado derecho</b>		Facilidad de contacto, mayor sociabilidad.
	<b>Sombreado del lado izquierdo</b>	Fig. 8	Subjetividad, ensoñación, introversión.
<b>7.</b>	<b>MANCHAS VARIAS</b>	A veces simple adorno, se debe de tener en cuenta el tipo de trazo.	
	<b>Anguloso</b>	Figs 11, 13 y 18	Dificultad en el contacto (corteza ruda)
	<b>Predominando la curva</b>	Figs. 13 y 17	Facilidad de contacto con el ambiente
	<b>Solo trazo</b>	Fig. 9	Señal de primitivismo, inhabilidad general y debilidad propia de la edad.
<b>8.</b>	<b>DILATACIÓN O REDUCCIÓN DE DIÁMETRO</b>	Fig. 13	En ambos casos significa: inhibición, detención, estancamiento de afectos y emociones. A veces ese estancamiento puede tener expresión física. Ej. Estreñimiento.
<b>9.</b>	<b>CERCO ALREDEDOR DEL TRONCO</b>	Fig. 15	Protección apoyo, falta de confianza en sí, desconfianza en los demás, temor
<b>10.</b>	<b>RAMAS EN EL TRONCO DEBAJO DE LA COPA</b>	*Es algo ajeno, fuera de lugar: *Si la rama se presenta cortada:	*Denota infantilidad, incongruencia. *Acentuación de esa tendencia, eventualmente obstinación infantil.
<b>11.</b>	<b>TRONCO ABIERTO</b>	Figs. 4 y 10	Explosividad, impulsividad, impresionabilidad. Carga y descarga instantáneas.

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
12.	<b>COPA</b>		
	<b>Pequeña</b>	Hasta 9 o 10 años es normal, sobre esa edad es: Fig. 14	Infantilidad, inmadurez, regresión neurótica.
	<b>Grande</b>	"Balón". Fig. 5	Fantasía, vanidad, narcisismo, entusiasmo, exhibición.
	<b>Yuxtapuesta al tronco sin continuidad</b>	Falta de desarrollo normal del tronco hasta la copa, hay una interrupción, un corte, entre tronco y copa. Las energías no fluyen normalmente del tronco hacia las ramas. Fig. 6	Discordancia entre capacidad y acción, entre querer y hacer. Esquematismo, ilogicidad, visión corta e infantil, inadaptabilidad. Esto es normal en niños pequeños después de los 7 años puede revelar retraso mental o neurosis infantil.
	<b>De líneas curvas</b>	Fig. 18	Dulzura, imaginación, compensación afectiva.
	<b>En espiral</b>		Elasticidad en la comunicación y adaptación, movilidad, demasiada conversación, buen gusto.
	<b>En arcada</b>	Fig. 12 y 18	Sentido de la forma, presentación.
	<b>Dividida en trozos</b>	Las ramas se envuelven para evitar el choque. Figs. 12 y 13	Ocultamiento de los propósitos, protección de sí mismo. Diferenciación, riqueza interior.
	<b>En forma de rayos o varas</b>	Es la forma opuesta a la anterior, las ramas se extienden, rígidas, en todas direcciones. Figs. 15, 6, 16.	Agresión, atrevimiento, exigencia, terquedad, multiplicación de intereses, superficialidad, distracción.
	<b>Hecha con líneas en serrucho (dientes)</b>	La mayor acentuación del ángulo dará el significado respectivo. Fig. 19	Nerviosismo e irritabilidad.
	<b>Por un conjunto más o menos discordante de líneas</b>	Fig. 19	Actividad, agitación, ansia de vivir, capricho, espontaneidad, inconsecuencia, improvisación, ambivalencia, desorientación.
	<b>Sombreada</b>	Fig. 8	Impresionabilidad, indeterminación, irresolución, confusión, irrealidad
	<b>Ramas abiertas</b>	Figs. 13 y 15	Significa algo incompleto, solución que falta, indecisión, indeterminación, eventualmente tendencia a la investigación a la iniciativa.
	<b>Ramas en punta</b>	Figs. 9, 13 y 15	Crítica, agresividad
	<b>Ramificación delgada</b>	Fig. 9	Sensitividad, alta sensibilidad, impertinencia, susceptibilidad.
	<b>Ramas en líneas simples</b>	Fig. 9	Normas en la infancia, después por lo menos, una débil falta de madurez intelectual o afectiva.
	<b>Ramas en estratos</b>	Fig. 16 y 12	Domesticación, corrección forzada, tendencia a la sistematización y a la técnica, rigidez.
	<b>Ramas cortadas</b>	Fig. 11	Desarrollo detenido, impedido: inhibición, sentimiento de inferioridad, terquedad, resistencia; timidez.
	<b>Copa aplastada</b>		Estar debajo de un peso, depresión, sumisión, resignación, inhibición, falta de desarrollo.
	<b>Copa centrípeta</b>	Fig. 18	Auto-centralización, narcisismo, concentración, comunicabilidad reducida o sociabilidad reducida. Eventualmente: armonía, plenitud interior y firmeza.
	<b>Copa pendiente, a los costados del tronco</b>	Figs. 8 y 9	Cansancio, depresión, falta de energía, pasividad, indecisión.
	<b>Ramas recubiertas como por una</b>	Figs. 8 y 19	Ocultamiento, impenetrabilidad, falsedad, indefinición.

	<b>membrana</b>		
	<b>Formas contradictorias</b>	Figs. 11 y 13. Ramas en direcciones opuestas	Contradicción, inconsecuencia, inadaptación, terquedad, desorientación.

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
<b>13.</b>	<b>HOJAS, FRUTAS Y FLORES</b>		
	<b>Hoja en la Copa o en las ramas</b>	Figs. 7 y 15	Vivacidad, exterioridad, ingenuidad
	<b>Hojas que caen</b>		Sensibilidad, distracción, olvido, donación.
	<b>Flores</b>		Autocontemplación, distracción, olvido, donación.
	<b>Frutos</b>		Utilidad, rendimiento. En la infancia y adolescencia interés por un resultado inmediato, deseo de triunfo, deseo de mostrar su capacidad.
	<b>Frutos que caen</b>		Sacrificio, renuncia y cesión.

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
<b>14.</b>	<b>ACCESORIOS</b>	Los nidos, aves, adornos, casa, sol, etc. Fig. 13	Mundo infantil, humorismo, broma, mordacidad (irónico). El sol indica necesidad de afecto, protección.
<b>15.</b>	<b>FORMA EN TERCERA DIMENSIÓN</b>	Ramas, nudos en tercera dimensión, perspectiva. Fig. 13	Originalidad, capacidad productiva, atrevimiento, ambición.
<b>16.</b>	<b>ARBOL PARTIDO</b>	Fig. 20	Vida partida, arruinada, falta de ánimo, depresión.
<b>17.</b>	<b>ARBOL CAÍDO</b>		Vida derrumbada.
<b>18.</b>	<b>PREDOMINIO DEL COLOR NEGRO</b>		Significa síntomas de angustia, eventualmente pérdida de la realidad. Frecuentemente en ciertos estados psicóticos y neuróticos.

## FI, FR & F-F-D Aspectos Emocionales Familia

Nombre: \_\_\_\_\_  
 F. aplicación: \_\_\_\_\_  
 Edad cronológica: \_\_\_\_\_  
 Evaluador: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_  
 Colegio: \_\_\_\_\_  
 Grado: \_\_\_\_\_

### PLANO GRÁFICO

FI	FR	KFD	TRAZO	
			<b>Trazo fuerte</b>	Pulsiones poderosas, audacia, violencia
			<b>Trazo débil</b>	Delicadeza de sentimientos, timidez. Inhibición de los instintos
			<b>Borraduras</b>	Ansiedad en área borrada y conflictos emocionales representados en el área.
			<b>Trazos amplios</b>	Expansión vital y fácil extroversión de las tendencias.
			<b>Trazos cortos</b>	Inhibición de la expansión vital, fuerte tendencia a replegarse en sí mismo.
			<b>Ritmo constante (estereotipia)</b>	Ha perdido una parte de su espontaneidad; vive apegado a las reglas, y también puede indicar rasgos de carácter obsesivo.
			<b>Trazo recto</b>	Determinación, decisión, asertividad.
			<b>Trazo curvo</b>	Sentimientos, emoción, aspectos femeninos.
			<b>Zig-zag</b>	Agresividad.
			<b>Todas direcciones</b>	Impulsividad, inmadurez.
			<b>Esquiçadas</b>	Conflicto, desajuste emocional, inseguridad; inadecuación. Dificultades motoras.
			<b>Borraduras</b>	Ansiedad generalmente asociado al área que borra y conflictos emocionales.
FI	FR	KFD	ESPACIO	
			<b>Sector inferior de la página</b>	Instintos primordiales de conservación de la vida, se puede asociar con depresión y apatía. Significa lo concreto, lo sólido.
			<b>Sector superior de la página</b>	Se relaciona en general con la expansión imaginativa, es la región de los soñadores e idealistas. Representa el mundo de la fantasía, las ideas y tendencias espirituales.
			<b>Sector izquierdo de la página</b>	Se relaciona en general con la expansión imaginativa, es la región de los soñadores e idealistas.
			<b>Sector derecho de la página</b>	Puede corresponder a las metas en relación con el futuro.
			<b>Centro</b>	Zona normal; se encuentra ubicado y en contacto con la realidad.
FI	FR	KFD	DISPOSICIÓN DE LAS LÍNEAS	
			<b>Tipo sensorial (espontáneo)</b>	Por lo general trazan líneas curvas y expresan dinamismo de la vida; características femeninas. Sensible, necesidad de aprobación, imaginativo, espontáneo e inseguro.
			<b>Tipo racional</b>	Dibujan líneas rectas y ángulos; dibujo estereotipado y rítmico, de escaso movimiento. Se les considera más inhibidos y guiados por reglas.

### PLANO EXPRESIVO

FI	FR	KFD	ASPECTOS GENERALES	
			<b>Integración pobre de las partes.</b> 7 â varones / 6 â niñas. Inestabilidad, personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad; inmadurez como resultado de retraso evolutivo, deterioro neurológico y/o regresión debida a serias perturbaciones emocionales.	
			<b>Grosera asimetría de las extremidades:</b> Impulsividad y coordinación pobre en niños con antecedentes de disfunción neurológica.	

			<b>Inclinación de la figura en 15° o más:</b> Sugiere inestabilidad y falta de equilibrio general; sistema nervioso inestable o una personalidad lábil. Al niño le falta una base firme.
			<b>Transparencias:</b> Impulsividad, inmadures y conducta acting-out. Más común en protocolos de niños con lesión cerebral. Transparencia en área genital significa ansiedad, conflicto, miedo agudo y preocupación relacionado con lo sexual, el nacimiento o mutilación corporal. Puede ser un pedido de ayuda que el niño no puede expresar con palabras.
<b>Figura / Dibujo</b>	<b>TAMAÑO GENERAL DE LOS DIBUJOS</b>		
	<b>Grande:</b> Responden de manera agresiva y expansiva ante las presiones del ambiente. Inmadurez o controles internos deficientes. Egocentrismo (normal en edades tempranas).		
	<b>Pequeño:</b> Se asocia con sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez, retraimiento o depresión. Percibe el ambiente como amenazante y se inhibe ante él.		
<b>Figura / Dibujo</b>	<b>VALORIZACIÓN / RELACIONES / JERARQUÍA</b>		
	<b>Dibujado de primero:</b> admira, envidia o teme; se identifica con él.		
	<b>Dibujado con más detalles:</b> figura valorizada.		
	<b>Dibujado con menos detalles o de último o a una distancia de las otras figuras:</b> figura desvalorizada; ansiedad y problemas emocionales asociados con la figura.		
	<b>Miembro ausente:</b> muerte, ausencia física /emocional, desvalorización; niega una realidad que produce ansiedad o conflicto intrapsíquico.		
	<b>Personajes nuevos:</b> valorización de éste personaje o personaje que se intromete al núcleo familiar.		
	<b>Héroe(s) en el dibujo:</b> identificación con esta figura.		
	<b>Tamaño de los padres desproporcionado:</b> sobre valoración (si son más grandes). Desvalorización si son marcadamente más pequeños.		
	<b>Distancia física entre los personajes:</b> refleja la distancia emocional existente entre los mismos.		
	<b>Planos diferentes:</b> falta de comunicación, al menos que se justifiquen por un número elevado de personajes y/o manejados en forma jerárquica.		
	<b>Personajes en contacto:</b> comunicación entre los miembros de la familia.		
	<b>Poco o nada de espacio entre los miembros:</b> "enmeshment"; falta de individuación.		
	<b>Familia de animalitos:</b> inadecuación con respecto a la familia.		
	<b>Compartimentalización</b> (espacios emocionales): desviación del afecto, aislamiento de los miembros, falta de comunicación, baja emocionalidad.		
	<b>Encapsulación ("jaula"):</b> personaje encapsulado se protege del ambiente. Protege a los demás del personaje encapsulado. (Depende del contexto).		
	<b>Dobleces:</b> ver "compartimentalización".		
	<b>Marginación:</b> no involucrarse con nadie, inadecuación, inseguridad, falta de comunicación.		
	<b>Tamaño de los niños igual al tamaño de los padres:</b> falta de jerarquía familiar.		
	<b>Figuras de palitos:</b> evasión, resistencia (de 6 - 7 años en adelante).		
	<b>Monstruos o figuras grotescas:</b> sentimientos de intensa inadecuación y un pobre concepto de sí mismo; tiende a percibirse distinto a los demás. Importante determinar el contenido y simbolismo de la figura. Hay que tomar en cuenta las experiencias recientes (T. V., muerte en la familia, accidente de tránsito, etc.)		
	<b>Figuras rotadas o por la espalda:</b> inadecuación, sentimientos de inferioridad.		
	<b>Payasos o vagabundos:</b> considera que es ridículo y que los demás se ríen de él y que no son aceptados.		
<b>FI</b>	<b>FR</b>	<b>KFD</b>	<b>CABEZA / CARA / CUELLO</b>
			<b>Cabeza pequeña:</b> niños inadaptados, sentimientos intensos de inadecuación intelectual.
			<b>Cabeza grande:</b> preocupación por rendimiento académico-intelectual con medidas compensatorias.
			<b>Pelo enfatizado:</b> preocupación por rendimiento académico intelectual.
			<b>Orejas demasiado grandes:</b> posible abuso verbal, preocupados por lo que hablan los demás.
			<b>Omisión de rasgos faciales:</b> desvalorización de los miembros de la familia, perturbaciones en las relaciones interpersonales.
			<b>Omisión de los rasgos faciales y dibujo pequeño:</b> perturbación de las relaciones interpersonales vinculada a la inhibición de los sujetos y una pobre imagen de sí mismos.
			<b>Sombreado de cara:</b> (muy inusual). Ansiedad y sentimientos de devaluación. Puede presentarse en niños manifiestamente agresivos y que roban. A mayor área de la cara que se encuentra sombreada existe mayor

			patología.
			<b>Omisión de ojos:</b> aislados socialmente, niegan problemas, no quieren enfrentar el mundo y escapan a la fantasía.
			<b>Ojos bizcos:</b> niños muy hostiles hacia los demás. Se interpreta como un reflejo de ira y rebeldía. Parece indicar que para el niño las cosas están fuera de foco; no ve el mundo de la misma manera que los demás.
			<b>Omisión de nariz:</b> pacientes clínicos, tímidos, retraídos, en clases especiales, con síntomas psicossomáticos. Con fuertes sentimientos de inmovilidad
			<b>Omisión de boca:</b> refleja sentimientos de angustia, inseguridad y en ocasiones resistencia pasiva al ambiente.
			<b>Boca grande:</b> necesidades orales, posible abuso verbal
			<b>Dientes:</b> niños muy agresivos
			<b>Omisión de cuello:</b> relacionado con inmadurez, impulsividad y control internos pobres
			<b>Sombreado de cuello:</b> esfuerzos por controlar impulsos
FI	FR	KFD	<b>TRONCO / VESTUARIO</b>
			<b>Omisión de cuerpo:</b> refleja inmadurez severa, retraso en el desarrollo
			<b>Sombreado de cuerpo:</b> ansiedad relacionada con el cuerpo, niños psicossomáticos
			<b>Transparencias:</b> ansiedad con respecto al área dibujada con transparencia
			<b>Senos, ombligo, órganos genitales:</b> signo de psicopatología seria que implica angustia por el cuerpo
			<b>Flores dibujadas en la falda:</b> feminidad pero con cierta ansiedad hacia desarrollo sexual
			<b>Traje de disfraz:</b> necesario ver de que es el disfraz y tomar en cuenta el contexto
			<b>Parches:</b> ansiedad con la parte del cuerpo que se encuentra en el parche
FI	FR	KFD	<b>BRAZOS Y MANOS</b>
			<b>Omisión de brazos:</b> ansiedad o culpa por conductas socialmente inaceptables que implican las manos o los brazos, como por ejemplo robos.
			<b>Sombreado de brazos:</b> se relaciona con actividad real o fantaseada en la que intervienen sus brazos
			<b>Brazos cortos:</b> dificultad para conectarse con el mundo y con las demás personas.
			<b>Brazos largos:</b> agresión dirigido hacia afuera
			<b>Brazos pegados al cuerpo:</b> control interno rígido y dificultad para relacionarse con los demás
			<b>Sombreado de manos:</b> angustia por actividad real o fantaseada con las manos
			<b>Manos grandes:</b> conductas agresivas y actuaciones en las que están implicadas las manos
			<b>Manos seccionadas:</b> (brazos sin manos ni dedos), dificultad en el contacto con los demás. Sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente, o por la incapacidad para actuar. Ansiedad de castración.
			<b>Manos escondidas:</b> culpa de agresión física o conductas masturbatorias.
			<b>Dedos como garras o uñas marcadas:</b> agresividad.
FI	FR	KFD	<b>PIERNAS Y PIES</b>
			<b>Omisión de piernas:</b> refleja intensa angustia, e inseguridad
			<b>Piernas juntas:</b> tensión, rigidez, dificultad en el control de impulsos
			<b>Omisión de pies:</b> sentimiento general de inseguridad y desvalimiento, un sentimiento de no tener pies en que pararse
FI	FR	KFD	<b>ASPECTOS AMBIENTALES</b>
			<b>Líneas sobre las figuras:</b> presión del ambiente, preocupación, inseguridad.
			<b>Sol:</b> luz, calor, presencia paternal.
			<b>Nubes tapando el solo en medio del sol:</b> sentimientos ambivalentes con forma de ser tratado por padre: cariño y presión.
			<b>Nubes, lluvia o nieve:</b>
			<b>Sol entre montañas u ocultándose:</b> presencia paternal y presión.
			<b>Lluvia:</b> sentimientos depresivos.
			<b>Estrellas:</b> privación emocional o física.
			<b>Línea base:</b> dependencia, inseguridad. cuanto más gruesa, mayor es la inestabilidad y la inseguridad.
			<b>Caminito:</b> separación: separa lo que está en ambos lados del camino.

			Flores: amor, belleza, crecimiento.
FI	FR	KFD	<b>ANIMALES</b>
			<b>Inclusión de animales salvajes:</b> necesidades orales agresivas
			<b>Inclusión de animales domésticos:</b> necesidades orales pasivas
			<b>Mariposas:</b> amor romántico y platónico; sentido estético (belleza).
			<b>Gatos (en mujeres):</b> conflictos de identificación con la madre.
			<b>Gatos peludos con garras y colmillos:</b> agresividad, conflicto de ambivalencia en el afecto.
FI	FR	KFD	<b>OTROS SÍMBOLOS</b>
			<b>Agua:</b> depresión, sentimientos depresivos relativos a la persona que está en el agua.
			<b>Bayas:</b> agresividad.
			<b>Bicicleta y motos:</b> masculinidad (poder).
			<b>Cama:</b> depresión.
			<b>Corazón:</b> amor.
			<b>Cortadora de grama o instrumentos punzo-cortantes:</b> agresividad o temor a ella.
			<b>Cuerda de saltar:</b> ver "encapsulación".
			<b>Cunas:</b> síndrome de recién nacido.
			<b>Escaleras:</b> tensión, pobre equilibrio.
			<b>Escoba:</b> vinculada con madre obsesiva compulsiva o la madre "bruja".
			<b>Fuego:</b> ambivalencia (amor / odio).
			<b>Globos y barriletes:</b> necesidad o deseo de libertad, independencia.
			<b>Gradas en una casa:</b> estatus, ascender, solidez y estabilidad.
			<b>Lámparas:</b> ternura y amor.
			<b>Pelota:</b> poder, agresividad.
			<b>Piedras:</b> obstáculos o línea base.
			<b>Refrigeradora:</b> privación oral.
			<b>Tambores:</b> desplazamiento de la cólera.
			<b>Tren:</b> poder.
			<b>"X":</b> zonas de prohibición.

## **Anexo 2**

### **Cartas**

Centro Educativo "Los Encinos"  
14 Calle "C" 13-69 Jardines de Minerva 1, zona 11 de Mixco  
Teléfonos 2483-6421 y 4209-1551



Guatemala, 14 de enero del 2012

**A quien corresponda:**

Por este medio me dirijo a usted, deseándole éxitos en sus labores. El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que la señora, JESSICA MARISOL MARROQUÍN DÁVILA, estudiante del Quinto Año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social se presentó el día 11 de enero del presente año a esta Institución Educativa, a realizar un taller sobre Inteligencia Emocional cómo aplicarla en el ámbito escolar, dirigido específicamente a maestros, con el objetivo de capacitar, desarrollar y fortalecer un mayor grado de Inteligencia emocional .

Sin otro particular, me suscribo

Atentamente

**Sindy Rosil**

**Directora Docente Administrativa  
Colegio Los Encinos**





# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

Guatemala, 22 de Octubre de 2011

Licda.  
Sara Avendaño  
Presente  
Clínica de Psicología

Estimada Licenciada Avendaño:

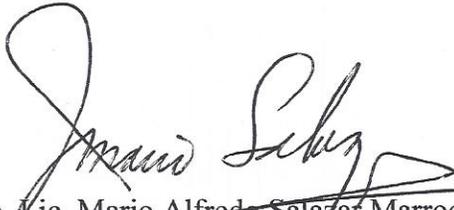
Después de enviarle un cordial saludo en nombre de la Universidad Panamericana de Guatemala, respetuosamente nos dirigimos a usted con el objeto de solicitarle autorice que la alumna, **JESSICA MARISOL MARROQUÍN DÁVILA**, estudiante del Quinto Año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social realice sus prácticas en la entidad a su digno cargo.

Dicha estudiante, deberá llevar a cabo dicha práctica de Psicología Clínica, sustentando cinco casos clínicos continuos en los meses de octubre del presente hasta el mes de abril del próximo año, por lo que le ruego desde ya tomar en cuenta a la misma y concederle la oportunidad de llevar a cabo el proceso ya relacionado, completando el formulario que se adjunta para la debida acreditación de la señora Marroquín Dávila.

Agradezco su apoyo con esta casa de estudios, cuyo objetivo principal es servir a la población guatemalteca.

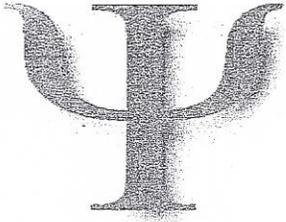
Respetuosamente,

  
Lic. Mario Salazar  
Catedrático de Práctica V

  
Vo. Bo. Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín  
Vice decano de la Facultad Ciencias de la Educación  
Universidad Panamericana (Sede El Naranjo)



- Carretera a San Isidro, Aldea Acatán Zona 16 - PBX: 2390 1200
- [www.universidadpanamericana.edu.gt](http://www.universidadpanamericana.edu.gt)



Diagnósticos Evaluaciones Terapias  
Problemas de Aprendizaje, Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad  
Sta. Av. C 4-15 zona 11 Jardines de Minerva II  
Tel: ( 502 ) 56533770

Guatemala. 19 de octubre 2011

Licdo. Mario Antonio Silézar Barrios  
Universidad Panamericana ( UPANA )  
Campus El Naranjo

Respetable Licdo. Silézar:

Favor tomar nota que la Sra. Jessica Marroquín, está realizando el período de prácticas en esta Institución a partir de primero de octubre del presente año 2011, hasta el mes de abril del año 2012.

Actualmente se encuentra realizando el proceso de Diagnóstico y Psicoterapia.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Sara E. Avendaño", is written over a horizontal line.

Licda. Sara E. Avendaño  
Psicóloga ,Terapista, Consejera Social.  
Col. No. 2517

Recibido  
22/10/2011

## **Anexo 3**

### **Formato de Talleres**

## FORMATO PLANIFICACIÓN DE TALLERES

**Tema:**

---

**No. De Sesiones**

---

**Estudiantes Responsables:**

---

**Objetivo General Del Tema:**

**Dirigido A:** (Población a la que se dirige: niños (edades); adolescentes; adultos)

<b>Objetivo Específico</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Es el "que" que se pretende del Objetivo General dosificado	(Únicamente nombre) A cada objetivo específico le corresponde una o más actividades. Es el "cómo" se va a desarrollar el "qué"	Es el procedimiento. Se explica con detalle cada actividad	Se explican con detalle los recursos y materiales a utilizar (videos, CD, cassettes, afiches, hojas de trabajo, entre otros.) y el costo de los mismos por cada actividad y el total por taller	Se coloca el tiempo de cada actividad	Nombre del estudiante a cargo da cada actividad

## **Anexo 4**

### **Presentación Power Point**

# INTELIGENCIA EMOCIONAL

Cómo aplicarla en el ámbito escolar

## LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

- Es la capacidad de reconocer, entender y manejar los estados anímicos propios; como de identificar las emociones ajenas y relacionarse adecuadamente con las demás personas.



## BALANCE Y DIFERENCIA



LAS HABILIDADES PRÁCTICAS DE LA IE SON CINCO Y PUEDEN SER CLASIFICADAS EN DOS ÁREAS

➤ **Inteligencia intrapersonal:**

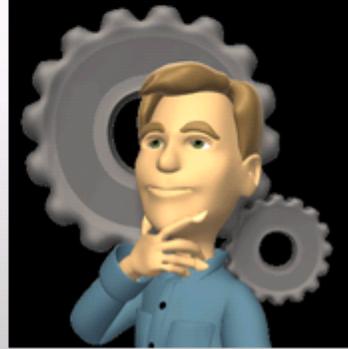
- ✓ Autoconciencia
- ✓ El control emocional
- ✓ Motivación

➤ **Inteligencia interpersonal:**

- ✓ Empatía
- ✓ Manejo de relaciones

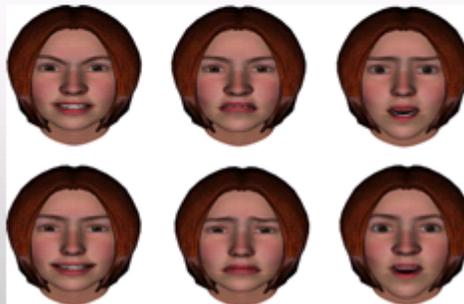
## 1. AUTOCONCIENCIA

- Capacidad de saber que esta pasando en nuestro interior y que estamos sintiendo



## 2. EL CONTROL EMOCIONAL

- Es el control de estados anímicos
- No es ahogar o reprimir las emociones sino regular, exteriorizar emociones y sentimientos



### 3. MOTIVACIÓN

- Motivar : es dar causa o motivo para una cosa
- La motivación es el combustible que nos permite llevar a cabo lo que nos proponemos



### 4. EMPATÍA

- › La empatía involucra nuestras propias emociones y por eso entendemos los sentimientos de los demás

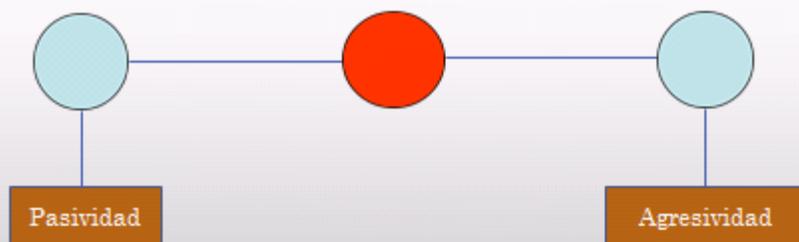


## 5. MANEJO DE LAS RELACIONES INTER-PERSONALES

- Capacidad para tratar con las personas adecuadamente (alumnos, padres de familia, compañeros, entre otros.)



### COMUNICACIÓN ASERTIVA



## NECESIDADES EMOCIONALES

- Apreciados
- Admirados
- Aceptados
- Respetados
- Valorados
- Exitosos
- Comprendidos
- Escuchados
- Productivos
- Importantes



## LOS MAESTROS NO PUEDEN DAR LO QUE NO TIENEN

- Si nuestras necesidades emocionales no están satisfechas, será difícil lidiar con las necesidades emocionales de los alumnos



## GUÍA PRÁCTICA PARA EL MAESTRO

- Empiece por identificar sus propias emociones
- Maneje sus emociones de manera adecuada
- Provea oportunidad al alumno de opinar

## GUÍA PRÁCTICA PARA EL MAESTRO

- ✓ Escucha Empática y activa
- ✓ Sea curioso
- ✓ Sea respetuoso no culpar a los alumnos de las sensaciones propias



## ALGUNAS SUGERENCIAS

- ✓ Inicie con la idea de un Diario es una excelente herramienta para desarrollar autoconciencia
- ✓ Ejercite la identificación de emociones en sus alumnos



¡MUCHAS CABEZAS, MUCHAS EMOCIONES! GRACIAS!!!!



## **Anexo 5**

### **Material de apoyo Fotografías**

**Centro Educativo Los Encinos**











Centro Educativo "Los Encinos"  
14 Calle "C" 13-69 Jardines de Minerva 1, zona 11 de Mixco  
Teléfonos 2483-6421 y 4209-1551



Guatemala, 14 de enero del 2012

**A quien corresponda:**

Por este medio me dirijo a usted, deseándole éxitos en sus labores. El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que la señora, JESSICA MARISOL MARROQUÍN DÁVILA, estudiante del Quinto Año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social se presentó el día 11 de enero del presente año a esta Institución Educativa, a realizar un taller sobre Inteligencia Emocional cómo aplicarla en el ámbito escolar, dirigido específicamente a maestros, con el objetivo de capacitar, desarrollar y fortalecer un mayor grado de Inteligencia emocional .

Sin otro particular, me suscribo

Atentamente

**Sandy Rosil**

**Directora Docente Administrativa  
Colegio Los Encinos**





# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

Guatemala, 22 de Octubre de 2011

Licda.  
Sara Avendaño  
Presente  
Clínica de Psicología

Estimada Licenciada Avendaño:

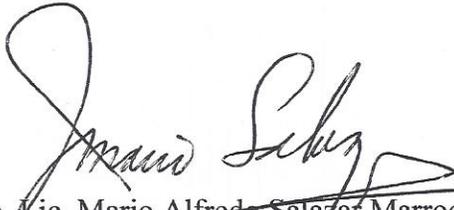
Después de enviarle un cordial saludo en nombre de la Universidad Panamericana de Guatemala, respetuosamente nos dirigimos a usted con el objeto de solicitarle autorice que la alumna, **JESSICA MARISOL MARROQUÍN DÁVILA**, estudiante del Quinto Año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social realice sus prácticas en la entidad a su digno cargo.

Dicha estudiante, deberá llevar a cabo dicha práctica de Psicología Clínica, sustentando cinco casos clínicos continuos en los meses de octubre del presente hasta el mes de abril del próximo año, por lo que le ruego desde ya tomar en cuenta a la misma y concederle la oportunidad de llevar a cabo el proceso ya relacionado, completando el formulario que se adjunta para la debida acreditación de la señora Marroquín Dávila.

Agradezco su apoyo con esta casa de estudios, cuyo objetivo principal es servir a la población guatemalteca.

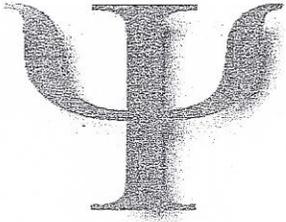
Respetuosamente,

  
Lic. Mario Siliezar  
Catedrático de Práctica V

  
Vo. Bo. Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín  
Vice decano de la Facultad Ciencias de la Educación  
Universidad Panamericana (Sede El Naranjo)



- Carretera a San Isidro, Aldea Acatán Zona 16 - PBX: 2390 1200
- [www.universidadpanamericana.edu.gt](http://www.universidadpanamericana.edu.gt)



Diagnósticos Evaluaciones Terapias  
Problemas de Aprendizaje, Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad  
Sta. Av. C 4-15 zona 11 Jardines de Minerva II  
Tel: ( 502 ) 56533770

Guatemala. 19 de octubre 2011

Licdo. Mario Antonio Silézar Barrios  
Universidad Panamericana ( UPANA )  
Campus El Naranjo

Respetable Licdo. Silézar:

Favor tomar nota que la Sra. Jessica Marroquín, está realizando el período de prácticas en esta Institución a partir de primero de octubre del presente año 2011, hasta el mes de abril del año 2012.

Actualmente se encuentra realizando el proceso de Diagnóstico y Psicoterapia.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Sara E. Avendaño", written over a horizontal line.

Licda. Sara E. Avendaño  
Psicóloga ,Terapista, Consejera Social.  
Col. No. 2517

Recibido  
22/10/2011

Centro Educativo "Los Encinos"  
14 Calle "C" 13-69 Jardines de Minerva 1, zona 11 de Mixco  
Teléfonos 2483-6421 y 4209-1551



Guatemala, 14 de enero del 2012

**A quien corresponda:**

Por este medio me dirijo a usted, deseándole éxitos en sus labores. El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que la señora, JESSICA MARISOL MARROQUÍN DÁVILA, estudiante del Quinto Año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social se presentó el día 11 de enero del presente año a esta Institución Educativa, a realizar un taller sobre Inteligencia Emocional cómo aplicarla en el ámbito escolar, dirigido específicamente a maestros, con el objetivo de capacitar, desarrollar y fortalecer un mayor grado de Inteligencia emocional .

Sin otro particular, me suscribo

Atentamente

**Sandy Rosil**

**Directora Docente Administrativa  
Colegio Los Encinos**





# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

Guatemala, 22 de Octubre de 2011

Licda.  
Sara Avendaño  
Presente  
Clínica de Psicología

Estimada Licenciada Avendaño:

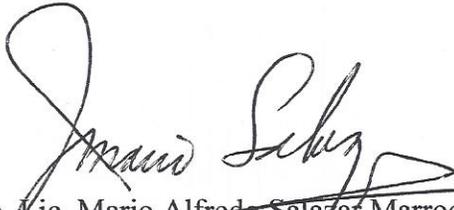
Después de enviarle un cordial saludo en nombre de la Universidad Panamericana de Guatemala, respetuosamente nos dirigimos a usted con el objeto de solicitarle autorice que la alumna, **JESSICA MARISOL MARROQUÍN DÁVILA**, estudiante del Quinto Año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social realice sus prácticas en la entidad a su digno cargo.

Dicha estudiante, deberá llevar a cabo dicha práctica de Psicología Clínica, sustentando cinco casos clínicos continuos en los meses de octubre del presente hasta el mes de abril del próximo año, por lo que le ruego desde ya tomar en cuenta a la misma y concederle la oportunidad de llevar a cabo el proceso ya relacionado, completando el formulario que se adjunta para la debida acreditación de la señora Marroquín Dávila.

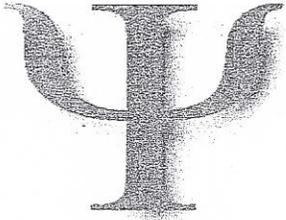
Agradezco su apoyo con esta casa de estudios, cuyo objetivo principal es servir a la población guatemalteca.

Respetuosamente,

  
Lic. Mario Siliezar  
Catedrático de Práctica V

  
Vo. Bo. Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín  
Vice decano de la Facultad Ciencias de la Educación  
Universidad Panamericana (Sede El Naranjo)





Diagnósticos Evaluaciones Terapias  
Problemas de Aprendizaje, Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad  
Sta. Av. C 4-15 zona 11 Jardines de Minerva II  
Tel: ( 502 ) 56533770

Guatemala. 19 de octubre 2011

Licdo. Mario Antonio Silézar Barrios  
Universidad Panamericana ( UPANA )  
Campus El Naranjo

Respetable Licdo. Silézar:

Favor tomar nota que la Sra. Jessica Marroquín, está realizando el período de prácticas en esta Institución a partir de primero de octubre del presente año 2011, hasta el mes de abril del año 2012.

Actualmente se encuentra realizando el proceso de Diagnóstico y Psicoterapia.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Sara E. Avendaño", is written over a horizontal line.

Licda. Sara E. Avendaño  
Psicóloga ,Terapista, Consejera Social.  
Col. No. 2517

Recibido  
22/10/2011