

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad Ciencias de la Educación
Psicología y Consejería



**Salud Mental, Práctica Realizada en la Liga Pro-Salud del Pueblo
(Informe de Práctica Profesional Dirigida)**

Lubia Araceli Orellana López

Guatemala, Febrero 2,011

**Salud Mental, Práctica Realizada en la Liga Pro-Salud del Pueblo
(Informe de Práctica Profesional Dirigida)**

Lubia Araceli Orellana López (Estudiante)
Licda. Cynthia Brenes (Catedrática de Práctica)

Guatemala, Febrero 2011

**DICTAMEN
APROBACION PARA ELABORAR
INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA**

ASUNTO: Lúbia Araceli Orellana López
Estudiante de la Licenciatura en
Psicología y Consejería Social de
esta Facultad, solicita Autorización
para realizar Práctica Profesional
Dirigida para completar requisitos
de graduación.

Guatemala, febrero 2010

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 Licenciatura en Psicología y consejería Social resuelve:

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: **Salud Mental, Práctica Realizada en la Liga Pro-Salud del Pueblo**, 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 Licenciada Cynthia Brenes como Asesora - Tutora, de conformidad con lo establecido en la normativa para el desarrollo de trabajos de graduación.

M.A. 
Decano
Facultad de Ciencias de la Educación





UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN,
Guatemala, 23 de octubre del año dos mil diez.

En virtud de que el informe final de tesis con el tema: **Salud Mental, Practica Realizada en la Liga Pro-Salud del Pueblo** presentado por la estudiante: **Lubia Araceli Orellana López** quien se identifica con número de carné 0600473 de la carrera de Licenciatura en Psicología 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

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**, Guatemala, a los veintisiete días del mes de noviembre del año dos mil
diez.-----

En virtud de que el informe final de tesis con el tema: **Salud Mental, práctica
realizada en la Liga Pro-Salud del Pueblo**. Presentado por la estudiante: **Lubia
Araceli Orellana López**, previo a optar al grado Académico de Licenciada en
Psicología 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.


Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín

Revisor



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA, FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA EDUCACION. Guatemala a los siete días del mes de enero del dos mil diez.-----

En virtud que el Informe Final de Práctica Profesional Dirigida: **Salud Mental, Práctica Realizada en la Liga Pro-Salud del Pueblo**, Presentado por la estudiante **Lubia Araceli Orellana López**, previo a optar al Grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del Revisor (a), se autoriza la impresión del Informe Final de Práctica Profesional Dirigida.


M.A. José Ramón Botiños Rivera
Decano
Facultad de Ciencias de la Educación



- Carretera a San Isidro, Aldea Acatán Zona 16 - PBX: 2390 1200
- www.universidadpanamericana.edu.gt

Contenido

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Síntesis descriptiva.....	3
Capítulo I	4
1.1 Marco de referencia	4
1.2 Descripción de la institución.....	5
1.3 Misión.....	5
1.4 Visión	5
1.5 Organigrama.....	6
1.6 Objetivos	9
1.7 Población que se atiende.....	10
1.8 Planteamiento del problema	10
Capítulo II	11
2.1 Referente teórico.....	11
2.2 Ayuda Social	11
2.3 Psicoterapia	12
2.3.1 Fundamentos de la psicoterapia	13
2.3.2 Objetivos de las psicoterapias	15
2.4 Instrumentos de Psicodiagnóstico.....	16
2.4.1 Entrevista clínica	16
2.4.2 Tipos de entrevista	16
2.5 Test o técnicas Proyectivas	17
2.5.1 Gráficas	17
2.5.2 Verbales	17
2.6 Test Proyectivos de Personalidad	17
2.6.1 El test de la figura humana	17
2.6.1.1 La proyección en el dibujo de la figura humana	18
2.6.2 Test de la Familia	18
2.6.3 Test Persona Bajo la Lluvia.....	19

2.6.4 Test del Árbol de K. Koch.....	19
2.6.5 T.A.T.	19
2.7 Escuelas y enfoques de la psicoterapia.....	21
2.7.1 Fundamentos de la terapia Gestalt	22
2.8 Trastornos Psicopatológicos	24
2.8.1 Trastornos por déficit de atención.....	25
2.8.2 Trastorno de estado de ánimo.....	25
2.8.3 Depresión.....	27
2.8.4 Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica	28
2.8.5 Trastorno de Estado de Ánimo Inducido por Sustancias	30
2.8.6 Trastornos de Ansiedad	33
2.9 Problemas relacionados con el abuso o la negligencia	34
2.9.1 Abuso sexual	34
2.10 Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica	35
2.10.1 Duelo.....	35
2.10.1.1 Los diez estadios en el proceso de duelo	36
2.10.1.2 Diez principios para ayudar a una persona que está en duelo	37
2.10.2 Duelo no resuelto	39
Capítulo III	40
3.1 Referencia Metodológica	40
3.1.1 Objetivos de Programa de práctica profesional.....	40
3.1.1.1 Objetivos Generales	40
3.1.1.2 Objetivos Específicos	40
3.2 Calendarización o Cronograma de Actividades	41
3.3 Descripción	44
3.3.1 Propósito del curso.....	44
3.3.2 Competencias	44
3.3.3 Contenido temático del curso	45
3.3.4 Criterios para el curso de desarrollo de metodología	45
3.3.5 Formas o técnicas de evaluación.....	45
3.4 Cronograma de actividades.....	46

3.5 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica	47
Capítulo IV	68
4.1 Presentación de resultados	68
4.1.1 Introducción.....	68
4.2 Programa de atención a casos	68
4.2.1 Logros	68
4.2.2 Limitaciones	68
4.2.3 Conclusiones.....	69
4.2.4 Recomendaciones	69
4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental.....	69
4.3.1 Talleres.....	69
4.3.1.1 Taller 1 Inteligencia emocional	71
4.3.1.2 Taller 2 Primeros Auxilios Psicológicos	73
4.3.1.3 Taller 3 Técnicas de auto control y auto regulación.....	82
4.4 Gráficas y análisis de resultados	83
4.4.1 Análisis de resultados	83
4.4.2 Análisis de gráfica de religión	84
4.4.3 Análisis de gráfica por edades.....	85
4.4.4 Análisis de gráfica de sexos femenino y masculino	86
4.5 Análisis de datos	87
4.5.1 Gráfica uno	87
4.5.2 Gráfica dos	87
4.5.3 Gráfica tres.....	87
4.5.4 Gráfica cuatro	88
4.6 Muestra de resultados de casos atendidos	89
Conclusiones.....	104
Recomendaciones	105
Referencias	106
Anexos.....	107

Resumen

En el presente trabajo se ostenta el Informe Final de Práctica de Grado en Psicología y Consejería Social, realizado en Liga Pro Salud del Pueblo. La práctica fue desarrollada para el bienestar y desarrollo de las familias guatemaltecas, contribuyendo la cobertura y calidad de los servicios sociales, desplegando en el transcurso de las mismas, temas y charlas motivacionales tales como: Autoestima en el Desarrollo del Adolescente, Características Personales, Integración Familiar, Información Socio-profesional, psicoterapia para las etapas infantil, adolescentes y adultos, Cooperación Familiar e Identidad, Actividades Individuales y familiar.

En las siguientes páginas se presenta el trabajo realizado por la practicante de quinto año de Psicología de la Universidad Panamericana, el cual permitió conocer de cerca el trabajo que lo desarrolla la Liga Pro Salud del Pueblo, quien tiene por misión defender los derechos de todos los ciudadanos que están siendo motivo de necesidades médicas de las diferentes ramas en cualquier índole y que acuden a ella solicitando apoyo para su salud física y mental y así darle asesoría y acompañamiento. Siendo de vital importancia exponer los diferentes problemas de tipo psicológico tales como: déficit de atención y de aprendizaje, problemas conductuales, psicosociales, de identidades sexuales, familiares. Además se presenta la base científica que sustenta las enfermedades y trastornos mentales que padece la mayoría de las personas que acuden a la Liga Pro Salud del Pueblo y una síntesis de los tres pilares de la psicología como ciencia que son: Psicopatología, Psicodiagnóstico y Psicoterapia.

Se hace referencia a la forma en que se tocaron los tópicos de la planificación, objetivos, actividades y cronograma desarrollado durante el año, como los programas de atención de casos y proyecto de salud mental, informando al final los logros, alcances, límites y resultados de los mismos, enumerando las conclusiones a las que se llegaron y las recomendaciones que se consideran prudentes, adjuntando en la última parte de anexos, material que sustenta el trabajo realizado.

Introducción

En la actualidad, la función se ve impregnada de un creciente número de tareas relacionadas con el apoyo a las diferentes necesidades de la salud acción que se debe tomar con importancia especialmente debido a dos motivos fundamentales : por un lado, las nuevas expectativas generadas sobre el Sistema de salud en una realidad cambiante como la que vivimos que demanda una mayor conexión de la oferta de salud; por otro , la propuesta educativa, ya que de la mano se podrán hacer cambios positivos en el ámbito de los centros de salud que empiecen a potenciar los departamentos relacionados con la salud y la educación que dinamizar un currículo con un alto grado de diversificación que ofrece la posibilidad de decidir atendiendo a intereses, aptitudes y rendimientos para enfocar, desde el desarrollo de una manera eficiente en la futura ocupación profesional.

Dadas las características socioculturales y la amplia gama de itinerarios formativos a seguir, se hace necesario elegir bien desde las múltiples posibilidades de información disponibles. Así se justifica el importante papel de la acción de la salud, especialmente en su dimensión del Ministerio de Salud. En las siguientes páginas proponemos un instrumento para la auto salud que conjuga tres variables importantes en el desarrollo de la persona es prevenir enfermedades haciéndose chequeos generales tanto a nivel físico y psicológicos. Guatemala actualmente esta viviendo momentos históricos donde la violencia está afectando, varios aspectos de la vida del ciudadano que está haciendo presa de ellos, al extremo que la salud mental de los habitantes está en un desequilibrio tan notorio. La Universidad de San Carlos, demuestra que la depresión es el trastorno mental que se está padeciendo en porcentaje alto.

Por lo mismo, esta práctica profesional dirigida tiene la intención de contribuir a la salud mental del guatemalteco, aportando el informe del trabajo de campo que se desempeñó, lugar donde pueden acudir personas de cualquier edad, etnia, credo, etc. para manifestar sus problemas psicológicos. Esta experiencia permitió atender casos aplicando, la escucha activa y brindar psicoterapia dirigida en su tiempo, llegando a un término satisfactorio para el paciente como también para el psicoterapeuta, breve y de emergencia. Además se contribuye con investigaciones sobre las patologías que más se presentan en el guatemalteco.

Síntesis descriptiva

La persona humana ha sido creada por Dios, para que viva plenamente en todos los ámbitos de su ser. Por lo tanto, para mantener una salud mental sana, necesita también que sean respetados en cada uno de los aspectos de su vida personal, teniendo derecho a la salud tanto física como en el área psicológica.

Es por eso que, se han trabajado durante esta práctica áreas relacionadas a las necesidades humanas. En caso de maltrato familiar, alcoholismo o problemas de aprendizaje, estos problemas hacen que la persona se convierta en víctima, se demuestra que esto afecta en su vida física, emocional y espiritual. La liga Pro salud del pueblo abrió sus puertas, para poder brindar apoyo psicológico a las personas que asisten a solicitar ayuda cuando son víctimas de algún tipo de agresión de cualquier índole.

Por lo tanto, se trabajaron los programas de atención de casos a la Liga Pro Salud del Pueblo y se realizó un proyecto por medio de una jornada para poder brindar apoyo a los diferentes problemas que surgen como maltrato familiar, duelo no resuelto, problemas conductuales, problemas de atención, aprendizaje, alcoholismo, depresión ó ansiedad.

Alcanzando los objetivos propuestos, ya que las personas acudieron a la clínica de la Liga Pro Salud del Pueblo al área de psicología, la practicante brindó la ayuda psicológica necesaria a todos y todas las personas que lo necesitaban de una manera eficiente y con mucho entusiasmo de ver el resultado positivo en sus clientes.

Capítulo I

1.1 Marco de referencia

La práctica profesional dirigida del quinto año, de la carrera Licenciatura de Psicología y Consejería social, es llevada a cabo en la Institución Liga Pro Salud del Pueblo de la Ciudad de Guatemala, situada en la 5ª. Avenida 6-27 zona 12.

Es una institución dedicada a velar por la atención a todo ciudadano que llega convertirse en víctimas de sus propias enfermedades mentales que es provocada por las diferentes situaciones que viven en su hogar o fuera de él.

El trabajo a realizar es en el área clínica de psicología de la institución Liga Pro Salud del Pueblo donde se dan los diferentes problemas, como déficit de atención, problemas de aprendizaje, problemas conductuales, psicosociales, entre otros. Donde la única forma de atender es preguntando y escuchando los problemas de cada persona, y como profesionales de la salud mental, el objetivo es brindarle acompañamiento tanto al paciente que manifiesta necesidad sobre todo de ser oído, haciendo un buen *insight* atendido así al cliente con la certeza que se le dará el apoyo que está requiriendo. Para llegar un buen diagnóstico es necesario indagar todo lo posible haciendo una buena entrevista psicológica, ficha clínica y examen mental del paciente.

1.2 Descripción de la institución

La **Liga Pro Salud del Pueblo**, es una asociación permanente de bienestar social, ajeno a toda cuestión política y religiosa, no lucrativa, con patrimonio propio y plena capacidad jurídica para realizar toda clase de actos y contratos relacionados con su constitución, organización y cumplimiento de sus fines filantrópicos. Trabaja por el bienestar y desarrollo de las familias guatemaltecas, contribuyendo en la medida de sus posibilidades en cualesquiera programas de salud a nivel nacional, incrementando la cobertura y calidad de los servicios sociales.

La Liga Pro Salud del Pueblo fue constituida legalmente conforme a la legislación civil de Guatemala, mediante el Acta de Constitución de fecha 25 de abril de 1963, quedando aprobados sus estatutos por Acuerdo Gubernativo del 26 de julio de ese mismo año, y debidamente inscrita en la partida No. 287, del folio No. 98 del Libro No. 36 de Personas Jurídicas de la Municipalidad de la Ciudad de Guatemala.

El Número de Identificación Tributaria (NIT) otorgado por la Intendencia de Recaudación y Gestión de la Superintendencia de Administración Tributaria es el 35492-9.

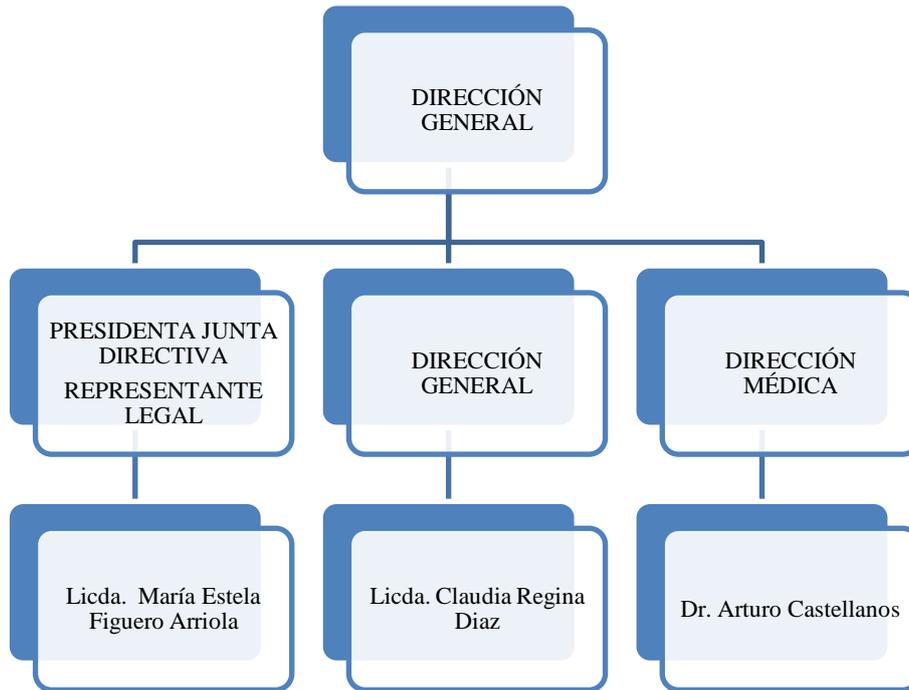
1.3 Misión

Mejorar la calidad de vida de la población, en especial a la de menores recursos económicos, a través de procesos de promoción, prevención y tratamiento de la salud en todos sus ámbitos, comprometidos con una atención humanizada y de calidad.

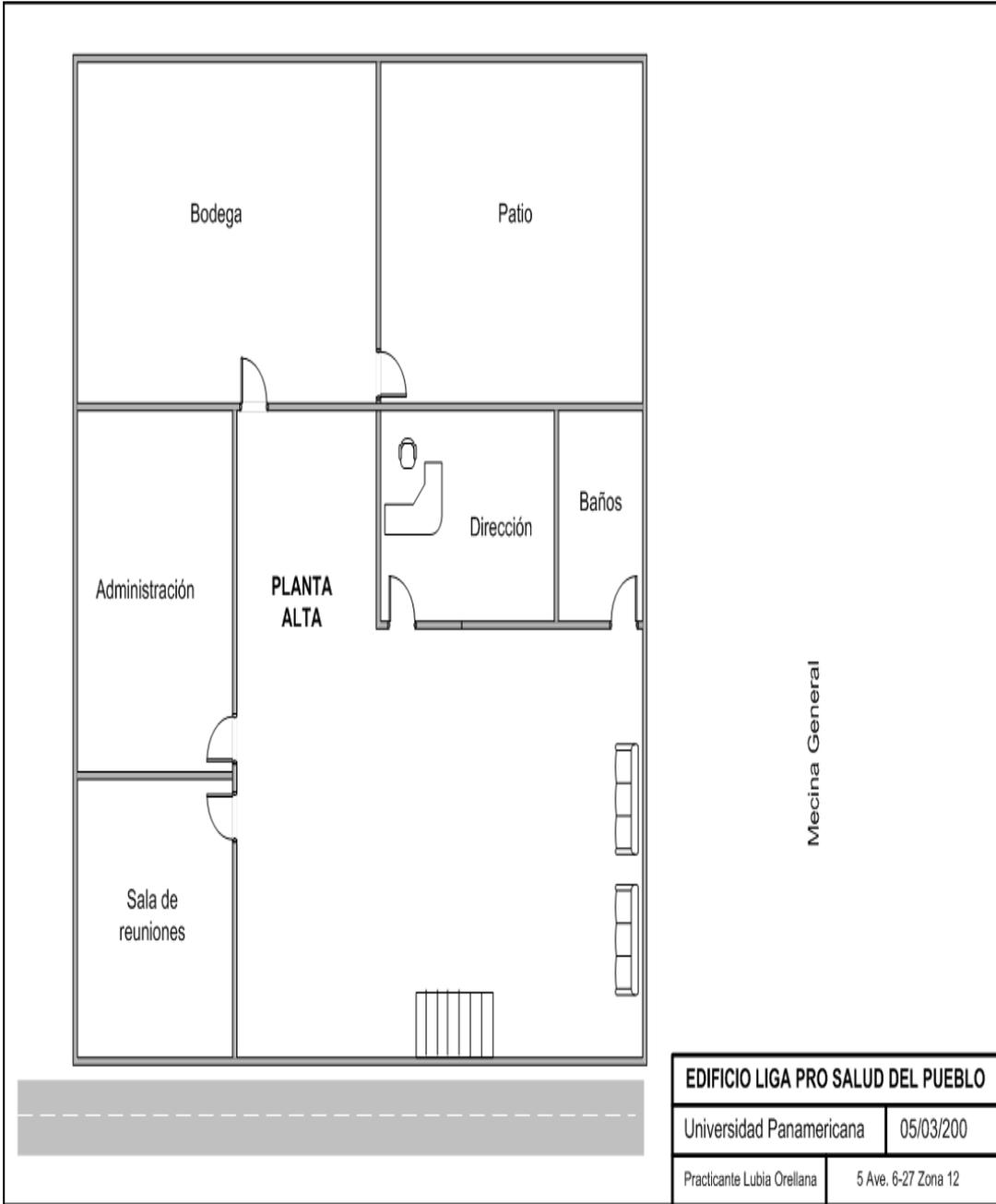
1.4 Visión

Ser una institución especializada en salud en todos sus ámbitos, garantizando la atención oportuna a los usuarios de sus servicios.

1.5 Organigrama







1.6 Objetivos

Objetivos de la institución: Liga Pro Salud del Pueblo es velar por la pronta recuperación de cada paciente en sus diferentes ramas médicas en la que asista el mismo y sea de una rápida recuperación.

Objetivos estratégicos de la Liga Pro Salud del Pueblo resurge con un sentido profundamente humano, social y de servicio. El enfoque moderno de nuestras actividades nace también de la necesidad de apoyar a la población en las áreas de prevención, educación y curación de la salud. Por ello, se trabaja en la educación individual, familiar y colectiva, protección ambiental, educación ambiental y desarrollo sostenible, derechos humanos, salud sexual y reproductiva, salud y ambiente, seguridad alimentaria, niñez y adolescencia sana, violencia intrafamiliar, atención a la tercera edad, entre otras, como temas actuales que se relacionan directamente con la salud. Su trabajo se dirige, entre otros, a los puntos específicos siguientes:

- Contribuir a mejorar la calidad de vida y las condiciones de salud de las personas de escasos recursos económicos.
- Proporcionar atención médico-social preventiva y curativa a la población más vulnerable del país.
- Realizar jornadas médicas a distintos lugares del país conociendo la realidad de cada sector visitado y en respuesta a sus demandas.
- Desarrollar e implementar servicios para la protección de la salud humana y ambiental para la población de escasos recursos.
- Promover actividades de formación y educación en salud humana y ambiental.

1.7 Población que se atiende

Esta enfocada especialmente al área de recursos económicos bajos y medianos. La Liga Pro Salud del Pueblo atiende a toda la población guatemalteca que así lo solicite y requiera.

1.8 Planteamiento del problema

Atención a pacientes de bajos recursos como también a pacientes que lo necesiten. En Guatemala se está viviendo hoy en día un ambiente muy cargado de violencia en todos los niveles, por lo mismo son muchos los casos que ameritan dicha atención de la Liga Pro Salud del Pueblo, las necesidades requeridas por los ciudadanos guatemaltecos, no siempre se pueden atender los acompañamientos deseados y necesitados, debido a que el paciente no tiene el tiempo necesario para dicho proceso, los profesionales en salud mental en Guatemala no siempre tienen el apoyo necesario de parte de los encargados de la salud o en las diferentes ramas de la salud que estén especializados, no obstante hay profesionales que trabajan con un desempeño para apoyar las diferentes necesidades psicológicas de niños, adolescentes, adultos y de tercera edad, cubriendo estas necesidades emocionales que presentan los guatemaltecos en todas las esferas sociales.

Capítulo II

2.1 Referente teórico

En el presente capítulo se exponen temas que fueron investigados y analizados para poder contar con bases teóricas y así apoyar el trabajo de campo realizado durante la Práctica Profesional Dirigida.

Se hace énfasis en el tema clínico del déficit de atención, de aprendizaje, problemas conductuales, psicosociales, depresión, ansiedad, familiares entre otros. La población atendida en su mayor parte llegó para exponer sus casos individuales como familiares antes mencionados y se de una solución o tratamiento para cada problema expuesto.

Así también, se hace un análisis sobre temáticas importantes como lo son: la psicopatología, investigando y retroalimentando las manifestaciones de algunas entidades clínicas, con sus características principales. Se presentan a la vez, los métodos de Psicodiagnóstico y las formas de psicoterapia más importantes, con las que se trabajan las diferentes necesidades.

2.2 Ayuda social

En Guatemala todo ser humano hombre o mujer tienen los mismos derechos a la salud física y mental con las mismas oportunidades por lo tanto a recibir apoyo social en la Liga Pro salud del pueblo se les brinda asistencia en el área psicológica en las diferentes necesidades tales como abuso sexual problemas de aprendizaje, déficit de atención, duelo no resuelto, depresión, ansiedad.

2.3 Psicoterapia

Se puede definir la psicoterapia como un tratamiento informado y planificado a través de técnicas derivadas de principios psicológicos claramente establecidos. Estas generalmente utilizan la interacción verbal y pueden ser empleadas en el tratamiento de los diversos trastornos mentales, trastornos de la personalidad y cualquiera otra condición que sea considerada mal adaptativa para el individuo. Este tratamiento debe ser realizado por personas que comprenden esos principios y que poseen el entrenamiento y la experiencia para la aplicación de tales técnicas.

La definición enunciada subraya el hecho que la psicoterapia es un tratamiento, lo que supone que el sujeto presenta un trastorno o condición mal adaptativa definida. En este sentido, la psicoterapia tiene como marco de referencia el contexto nosológico psiquiátrico. Aún cuando la psicoterapia contribuye a un crecimiento personal, o bien a una ampliación de la conciencia de los conflictos, su finalidad es el alivio o la curación de trastornos mentales. Este solo aspecto de la definición de psicoterapia acota enormemente su campo de acción.

Por otra parte, cada técnica psicoterapéutica está estrechamente ligada a una teoría psicológica particular. Ello otorga a cada forma un sello característico, y al mismo tiempo determina objetivos específicos. De allí que algunos autores clasifiquen las psicoterapias en tres grandes grupos:

- a- Psicoterapia de apoyo (terapia ocupacional, reaseguramiento).
- b- Psicoterapia reeducativa (terapia cognitiva, conductual).
- c- Psicoterapia reconstructiva (terapia psicoanalítica).

Sin embargo, todos los autores reconocen que cualquier forma de psicoterapia comparte elementos de apoyo, de educación y de elaboración de conflictos profundos de la personalidad, si bien alguno de estos elementos puede ser privilegiado.

2.3.1 Fundamentos de la psicoterapia

Breve reseña de sus distintos enfoques teóricos y clínicos:

Entendida la psicoterapia como procedimiento destinado a aliviar el sufrimiento humano por medio de recursos psicológicos, y en ese sentido utilizado desde tiempos pretéritos, su implementación como modalidad terapéutica científica se instaura a partir de unos cien años a la fecha.

Así, la psicoterapia va ocupando un espacio cada vez más importante en tanto herramienta socialmente útil, transformándose en un recurso innegable en el campo de la salud mental, no sólo como medio (psicológico) dirigido a la cura de las patologías mentales, al alivio del sufrimiento sintomatológico o los cambios comporta mentales; su campo de acción asistencial se extiende también en relación a las enfermedades físicas o en los padecimientos sociales que se vinculan a perturbaciones psicológicas; en forma combinada con otros tipos de tratamiento, y ya no limitada estrictamente a la enfermedad, sino como procedimiento útil para promover el desarrollo, afrontar las crisis vitales y favorecer cambios inherentes al crecimiento mental y a la afirmación de la salud, es decir en la prevención y promoción de la misma.

Asimismo, el desarrollo de las distintas concepciones teóricas, las investigaciones, el uso de numerosas técnicas, van delineando diversas modalidades terapéuticas, según se van privilegiando los factores intrapsíquicos, interpersonales o socio-culturales, tanto en la explicación de la génesis como en cuanto a los objetivos propuestos, que con el correr del tiempo van conformando el vasto campo de las psicoterapias, que si bien se conforman en un gradual desarrollo histórico, es a partir de este siglo que cobran un ímpetu que lejos está de detenerse.

En las últimas décadas dos factores de primordial importancia produjeron un profundo impacto no sólo en la concepción sino en la búsqueda de respuestas adecuadas respecto al tratamiento de los trastornos mentales.

Por un lado, el desarrollo de las neurociencias y su incidencia en la investigación y producción de drogas psicotrópicas, con la aparición de medicamentos con mayor eficacia que

se desarrollan constantemente con consecuencias en la clínica que impone readecuaciones y cambios continuos.

Por el otro, la globalización que atraviesa a la humanidad en su conjunto, con sus modificaciones tecnológicas, económicas, políticas, sociales y culturales, que genera nuevas formas de demanda y atención producto de dichas transformaciones y donde cabe destacar:

- 1- Un crecimiento de los trastornos y una mayor complejidad de los mismos;
- 2- La necesidad de respuestas inmediatas y eficaces, vinculado a su vez a:
- 3- La ausencia de políticas de salud desde el ámbito público, que delega las mismas en el ámbito privado, por lo que se plantea el objetivo de:
- 4- La búsqueda de disminución de los costos en los recursos, sin que los mismos produzcan un detrimento de la calidad de las prestaciones.

Los rasgos que caracterizan o definen y son comunes a toda psicoterapia están dados por:

- a- La relación paciente-terapeuta, basada en la confianza del primero y la competencia del segundo
- b- El método, dirigido a la psiquis por vía de la comunicación y su instrumento, la palabra (o más precisamente el lenguaje, verbal y pre verbal)
- c- El objetivo, de cura (concepto que varía según el marco referencial teórico que se sustente) sin cuyo propósito no cabe hablar de psicoterapia
- d- Una teoría, que explique la técnica y la haga comunicable

Esto implica que existen distintos tipos de psicoterapia según los criterios que se tengan en cuenta sea: el número de personas intervinientes (individuales, vinculares, grupales); su extensión (breves, intermedias, prolongadas); sea el tipo de recursos empleados (verbales, corporales, con elementos auxiliares, etcétera).

Desde el punto de vista de los enfoques desarrollados, basados en distintos paradigmas, es decir, el tipo de proceso considerado dominante en la generación de patologías, se destacan los modelos:

- 1- Psicodinámicos
- 2- Conductistas
- 3- Humanístico-existenciales
- 4- Interaccionales

2.3.2 Objetivos de las psicoterapias

El objetivo de la psicoterapia depende de la valoración que se haga del paciente (o cliente, o sujeto), tomando como referencia la disciplina psicológica de la que surge dicha intervención, así podemos diferenciar:

- Terapia cognitiva: modificar los esquemas de pensamiento.
- Terapia de la conducta modificar la funcionalidad de la conducta.
- Terapia cognitivo-conductual: Mezcla ambos planteamientos, ya que en sus fundamentos no son del todo contradictorios y permiten complementarse.
- Modificación de conducta: De la perspectiva de conducta surge, por un lado, la terapia de conducta aplicado al ámbito clínico y, por otro, la modificación de conducta, como objetivo se centra en otros contextos además del clínico, pero aplicando todos los conocimientos científicos, muy especialmente de la perspectiva conductual. Por ejemplo, rediseñar el ambiente laboral para promoción de la salud o prevención.
- Terapia gestáltica: Conseguir un “ajuste creativo” en la interacción entre la persona y el resto del mundo, centrándose en la experiencia.

2.4 Instrumentos de Psicodiagnóstico

2.4.1 Entrevista clínica

El objetivo de la entrevista clínica es obtener información relevante, válida y confiable. Además la entrevista puede proporcionar un conocimiento profundo acerca de la personalidad, temperamento y estilo de vida del entrevistado. La información que se obtiene de la entrevista, utilizada en conjunto con otros resultados de evaluación, ayuda al evaluador a obtener una imagen significativa del entrevistado y a decidir con respecto a las intervenciones apropiadas.

La entrevista de evaluación clínica requiere un conocimiento completo de la amplia diversidad de principios psicológicos que se obtienen de la *teoría de la personalidad, psicopatología, bases biológicas de la conducta, dinámica familiar y comunicación interpersonal*. Estos principios permiten evaluar sistemáticamente los contenidos verbales y no verbales de la entrevista. (Cullari Salvatore 1998)

2.4.2 Tipos de entrevista

Las entrevistas varían en ciertas cuestiones, una de ellas es el grado de estandarización.

Existe la entrevista altamente *estructurada*, en la cual el entrevistador ha preparado un conjunto de preguntas que formula a la persona entrevistada. La entrevista semi-estructurada, es aquella en donde se integran preguntas preparadas, pero a la vez se deja un margen de espacios libres para realizada intervención propia en la búsqueda de información puntual que se considere importante y vital en la entrevista.

La entrevista *no estructurada*, en cambio toma forma a medida que se está realizando, es diferente en cada caso. Con este procedimiento el entrevistador no está confinado a una serie determinada de preguntas, sino que puede seguir al entrevistado por caminos que se van abriendo, así puede explorar cualquier tema que aparezca, incluyendo algunos que el entrevistador, nunca podría haber imaginado. (Cullari Salvatore 1998)

De hecho, todos los terapeutas usan algún tipo de entrevista para conocer a sus clientes.

2.5 Test o técnicas Proyectivas.

Los test proyectivos sirven para valorar aspectos personales y sociales, de adaptación, de relación, conflictos internos etc. En la vida de la persona que los realiza, esta valoración se basa en la forma en la cual el individuo interpreta su realidad.

Las técnicas proyectivas pueden ser de 3 tipos.

2.5.1 Gráficas

En las técnicas gráficas, el estímulo que se propone al sujeto, una hoja en blanco, se le da un lápiz a veces una goma de borrar, y se le da alguna consigna, tal como "dibuje un árbol", "su familia", "una casa" "lo que usted quiera ", así que estamos frente a una consigna verbal y gráfica posteriormente.

2.5.2 Verbales

En las técnicas proyectivas verbales tales como: el test de las relaciones objetales de Phillipson también llamado TRO, T.A.T. de Murray, el CAT.A de Bellack, el de Rotschard, el Test para adolescentes de Simón, el Test de Frustración de Rosenwaig, el estímulo es visual y verbal, ya que en todos ellos le pedimos al sujeto que nos construya una historia con lo que ve en cada lámina, que forme una historia ficticia, o que nos explique que ve en la lámina según la percepción del individuo.

2.6 Test Proyectivos de Personalidad

2.6.1 El test de la figura humana.

Autor: Karen Macho ver

Aplicación: Individual a niños y adultos

Duración: Tiempo no determinado

Finalidad: Evaluación de la personalidad a través del dibujo de una figura humana. La figura dibujada es en cierto modo una representación o proyección de la propia personalidad y del papel que ésta desempeña en su medio ambiente.

Es un test gráfico que consiste en la realización de un dibujo de la figura humana completa, en una hoja tamaño carta y a lápiz. Este dibujo permite analizar especialmente aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su auto concepto, a su imagen corporal y su estado emocional actual. Es de fácil aplicación y permite hacerlo en grupos sin límites de tiempo, lo cual facilita el desempeño de los niños en la prueba.

El dibujo de una persona ofrece un medio natural de expresión de las necesidades y conflictos de su cuerpo. Así, la figura dibujada es la persona y el papel en el cual dibuja representaría el medio ambiente.

2.6.1.1 La proyección en el dibujo de la figura humana

Como plantea Machover¹ la personalidad no se desarrolla en el vacío, sino a través de los movimientos, sentimientos y pensamientos de un cuerpo específico. Los métodos proyectivos permiten explorar las motivaciones internas del individuo que de otras formas no podrían expresarse, ponen al descubierto determinantes profundas y quizá inconscientes de la expresión de la personalidad, que difícilmente se manifestarían en la comunicación directa. Sin duda se puede dar por sentado que toda actividad creadora lleva el sello específico de los conflictos y necesidades que ejercen presión sobre el individuo que crea.

2.6.2 Test De La Familia

Autor: L.Corman

Aplicación: Individual a niños de 5 años en adelante

Duración: Tiempo no determinado

Finalidad: Evaluación de la personalidad del niño interpretado con base en las leyes de la proyección. El sujeto a través del dibujo expresa sus preferencias e identificaciones; en una segunda fase se pide al niño explicación del dibujo permitiendo una interpretación personal.

2.6.3 Test Persona Bajo la Lluvia

Se trata de un procedimiento simple, que produce un mínimo de ansiedad en el sujeto

De la prueba; su toma requiere poco tiempo y puede ser aplicada por personal auxiliar, tan sólo. Se necesita una hoja de papel y un lápiz.

Puede administrarse tanto en forma individual como Grupal. Es apropiado en todas las edades, todas las profesiones y para ambos sexos.

Puede ser utilizado por terapeutas, docentes, psicólogos y todo profesional que trabaje

En temas de salud. En educación sirve para tener un perfil del alumno y ayudarlo en su tarea

Escolar u orientarlo vocacional.

2.6.4 Test del árbol de K. Koch

Autor: K. Koch (1949-52)

Aplicación: Individual, niños de 4 años en adelante, adolescentes, adultos

Duración: Tiempo no determinado

Finalidad: Obtener un panorama dinámico de la personalidad en el que se pone de manifiesto el juego de las fuerzas y contra fuerzas y la manera personal de vivir esas opciones internas.

2.6.5 T.A.T.

El TAT es un instrumento para la exploración profunda de la personalidad que puede ser aplicado en niños, adolescentes y adultos. Se compone de láminas acromáticas que se presentan al sujeto, quien elabora historias a partir de ellas. Su análisis le permite al profesional inferir los deseos, esperanzas, temores, conflictos y experiencias encubiertos que el sujeto proyecta en ellas y que se interpretan, fundamentalmente, con referencia a la lista de necesidades y presiones de Murray. Se han realizado diversos estudios de investigación con el TAT que coadyuvan a una aplicación más confiable del instrumento. Es especialmente indicado para su utilización en el ámbito clínico, en orientación vocacional y ocupacional e investigación aplicada.

Autor: Henry A. Murray y Cols

Aplicación: Individual, niños mayores de 4 años, adolescentes y adultos

Duración: Dos sesiones, al menos con un día de intervalo. Una sesión para averiguar las fuentes de las diversas narraciones. Puede realizarse enseguida o posponerse algunos días.

Finalidad: Permite el descubrimiento de determinadas tendencias, emociones, sentimientos, complejos y conflictos dominantes de una personalidad. Su valor especial reside en su poder de revelación de las tendencias subyacentes inhibidas que el sujeto o paciente no quiere o no puede admitir a causa de su índole inconsciente.

El T.A.T. es de gran utilidad para todo estudio amplio de la personalidad así como para la interpretación de las alteraciones de la conducta, enfermedades psicósomáticas, neurosis y psicosis. Su combinación con el RORSCHACH es de suma eficacia. Puede realizarse enseguida o posponerse algunos días.

Contenido: 31 Láminas y un manual.

Examen mental

Apariencia y conducta

- 1 Proceso de pensamiento
- 2 Estado de ánimo y afecto
- 3 Funcionamiento intelectual
- 4 Funcionamiento sensorio

2.7 Escuelas y enfoques de la psicoterapia

Las distintas corrientes psicoterapéuticas se han ido desarrollando hasta la actualidad en la misma medida en que se han ido profundizando las líneas teóricas que las sustentan. En cada una de ellas existen elementos comunes que estarán descritos de manera explícita o que estarán implícitos en sus postulados iniciales. Estos pueden resumirse de la siguiente manera:

- Una cierta conceptualización del «comportamiento humano normal» o «sano».
- Una cierta conceptualización del «comportamiento humano no-normal».
- Una metodología específica para la generación de cambios.

Sin embargo, también es posible encontrar elementos diferenciadores entre una y otra escuela de psicoterapia, que se corresponden con énfasis distintos en sus conceptualizaciones iniciales, o lo que es lo mismo, diferencias de “concepción de mundo” que afectan los roles de los implicados en el contexto psicoterapéutico.

Esta variedad de corrientes y escuelas tiene su origen en las distintas formas de comprender la experiencia humana, la salud o enfermedad, metodología utilizada y muy especialmente, al contexto socio-histórico de donde fue creada. En este sentido, algunas escuelas o grupo de escuelas suponen verdaderos paradigmas que no permiten mezclar las unas con las otras fácilmente. Líneas modernas:

- La línea psicoanalítica
- La línea conductual y la cognitivo-conductual
- La línea humanista
- Líneas posmodernas
- Línea construccionista

Estas líneas o corrientes psicoterapéuticas siguen desarrollándose y definiéndose a partir de sus avances teóricos y prácticos (es decir, desde la investigación, el desarrollo teórico y la acumulación de datos clínicos). En realidad existe cierto salto entre la psicología puramente teórica y la psicología clínica, en el sentido de que la mayoría de los psicólogos clínicos suelen llevar a cabo determinadas prácticas que se encuentran enmarcadas en cada orientación teórica.

2.7.1 Fundamentos de la terapia Gestalt

La terapia Gestalt se enfoca más en los procesos que en los contenidos. Pone énfasis sobre lo que está sucediendo, se está pensando y sintiendo en el momento, por encima de lo que fue, pudo haber sido, podría ser o debería estar sucediendo.

El objetivo de la terapia Gestalt, además de ayudar al cliente a sobreponerse a síntomas, es permitirle llegar a ser más completa y creativamente vivo y liberarse de los bloqueos y asuntos inconclusos que disminuyen la satisfacción óptima, autorrealización y crecimiento. Por tanto, se ubica en la categoría de las terapias humanistas.

Conceptos principales

Se basa en:

- El aquí y ahora: vivir y sentir el presente. Vivir y sentir la realidad.
- El darse cuenta (“awareness”, en inglés): es el cliente quien ha de darse cuenta de lo que le pasa. Sólo se necesita ser consciente para cambiar (si se quiere) una conducta.
- Aceptar lo que uno es: no buscar ídolos, no aceptar los “deberías”, ser responsable de los propios actos.
- Enfatizar en el cómo o en el para qué más que en el porqué: ¿Cómo me siento?, ¿Cómo me siento en esta situación?, ¿Cómo me siento ahora?, ¿Para qué estoy haciendo esto?, ¿Para qué me sirve sentirme de este modo?

También es importante el uso de la primera persona, puesto que una de las fortalezas de la terapia Gestalt es, como se ha mencionado, el asumir la responsabilidad de nuestros propios pensamientos, sentimientos y acciones:

El terapeuta gestalt tiene la función de guiar al cliente para que se haga consciente de su situación (el darse cuenta). Hay una interacción de yo, tú, nosotros; se rompe la dicotomía médico-paciente. El cliente se expresa tanto verbalmente como con gestos y movimientos.

El término la silla caliente (“hot chair” en inglés) ha sido comúnmente asociado con la práctica de la terapia Gestalt, consiste básicamente en crear mentalmente un personaje con el cual se quiere confrontar algún problema, entonces asumir su rol en su lugar y después contestar en el lugar del cliente con el rol que le pertenece a él mismo

La terapia sistémica es un modelo de psicoterapia que se aplica para el tratamiento de trastornos y enfermedades psíquicas concebidas como expresión de las alteraciones en las interacciones, estilos relacionales y patrones comunicacionales de un grupo social comprendido como un sistema. Deslinde con la terapia familiar.

La Terapia Sistémica se basa en un enfoque psicoterapéutico que, si bien tiene sus orígenes en la terapia familiar, ha venido cristalizando en el transcurso del último medio siglo en lo que hoy se prefiere denominar terapia (o psicoterapia) sistémica, para puntualizar el hecho de que no es imprescindible que sea una familia el foco de atención para que la mirada terapéutica sea sistémica. Es así como los conceptos sistémicos, así como sus métodos y técnicas terapéuticas pueden igualmente aplicarse a la pareja, a los equipos de trabajo, a los contextos escolares y también a las personas individuales. Lo que resulta decisivo es que el énfasis esté puesto en la dinámica de los procesos comunicacionales, en las interacciones entre los miembros del sistema y entre los subsistemas que lo componen. También en el caso de la terapia individual el enfoque se orientará principalmente al cambio en los procesos de comunicación e interacción manteniendo la idea básica sistémica de ver a la persona en su entorno, es decir en el contexto del sistema o de los sistemas de los que forma parte.

La terapia familiar sistémica se desarrolló a lo largo de la segunda mitad del siglo XX en diferentes direcciones que abarcan desde las concepciones estructurales clásicas de Salvador Minuchin hasta enfoques sistémicos menos directivos, sin pretensiones de “objetividad” del

terapeuta. Esta última idea está presente en la postura constructivista basada en los postulados epistemológicos de los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela.

2.8 Trastornos Psicopatológicos

¿Qué es un trastorno?

Molestia, problema o perturbación que altera la vida de una persona, su estado de ánimo y el físico. El trastorno de ansiedad generalizado (TAG) es una preocupación continua o miedo que no se relaciona con ningún evento o situación en particular, o que está fuera de proporción con lo que se debería esperar. Por ejemplo, una persona que tiene TAG puede preocuparse continuamente por un niño que está perfectamente sano.

La Psicopatología se ha definido en algunas ocasiones como la rama de la Psiquiatría y la Psicología que se ocupa del estudio de las manifestaciones psíquicas anormales. Etimológicamente, proviene del griego, donde “psique” es alma, “pathos” es sufrimiento, y “logos” es saber o conocimiento, por lo que la psicopatología se definiría por “un saber acerca del sufrimiento del alma”. No obstante, una definición más operativa debe recaer, más que en la cuestión del sufrimiento, en la cuestión del comportamiento anormal, teniendo en cuenta que la definición de lo que es normal o anormal se puede guiar por diferentes criterios, por ejemplo, dependerá del criterio de salud y enfermedad que se sustente, lo que refleja una ideología y como tal tienen su utilidad es criticable. Por otro lado, también está el criterio estadístico (lo que se aparta de una media poblacional), el criterio cultural (lo que cierta cultura considera como tal), el criterio clínico (por lo que alguien consulta y pide ayuda siendo, por lo tanto, motivo de preocupación o sufrimiento).

2.8.1 Trastornos por déficit de atención

Definición:

Es un problema de falta de atención, exceso de actividad, impulsividad o una combinación de estos. Para diagnosticar estos problemas como trastorno de hiperactividad con déficit de atención (THDA), deben estar por fuera del rango normal para la edad y desarrollo del niño.

Causas:

El Trastornos por Déficit de Atención puede ser hereditario, pero no está claro qué lo causa. Cualquiera que sea su causa, parece iniciarse muy temprano en la vida a medida que el cerebro se está desarrollando.

La depresión, la falta del sueño, las dificultades de aprendizaje, los trastornos de tics y los problemas de comportamiento se pueden confundir con o aparecer junto con el THDA. Cada niño sospechoso de padecer este trastorno debe tener una evaluación cuidadosa para determinar lo que está contribuyendo a sus comportamientos que están causando preocupación.

2.8.2 Trastorno de estado de ánimo

Constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades, típicamente recurrentes, donde se incluyen el trastorno unipolar (depresivo) y el bipolar (maníaco-depresivo). Consisten en alteraciones del humor con carácter infiltrativo, que se acompañan de disfunción psicomotriz y síntomas vegetativos.

Actualmente, en el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo hace énfasis en la depresión y la exaltación como elementos nucleares del humor, pero la ansiedad y la irritabilidad son igualmente frecuentes, lo que explica que siga siendo muy popular la expresión más amplia de «trastornos afectivos», antigua denominación oficial.

La tristeza y la alegría son parte de la vida cotidiana, que conviene diferenciar de la depresión y del júbilo morboso. La tristeza y la depresión normales son respuestas humanas universales

ante la frustración, la decepción y otras situaciones adversas; dicha respuesta puede ser adaptativa, con un retraimiento que conserva intactos los recursos internos de la persona. La depresión transitoria (el estar «depre») puede darse como reacción frente a ciertos días de fiesta o aniversarios significativos, así como durante las dos primeras semanas después del parto. Este tipo de reacciones no son anormales, aunque las personas con tendencia a la depresión pueden venirse abajo en esas ocasiones.

El duelo normal, prototipo de la depresión reactiva, tiene lugar como respuesta a separaciones y pérdidas significativas (p. ej. Muerte, separación matrimonial, desengaño amoroso, abandono del entorno familiar, emigración forzada o situación de catástrofe). La pena puede manifestarse por síntomas de ansiedad, como insomnio, inquietud e hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Igual que otro tipo de situaciones adversas, las separaciones y las pérdidas generalmente no producen depresión clínica, salvo en personas predispuestas a padecer trastornos del estado de ánimo.

La exaltación, usualmente relacionada con el éxito y los logros, a veces se considera una defensa frente a la depresión o una negación del dolor por una pérdida (p. ej., una forma extraña de reacción de duelo en que la hiperactividad exaltada puede sustituir completamente a la pena que cabría esperar). En personas predispuestas a ello, tales reacciones pueden llevar a un estado de manía. Por el contrario, frente a acontecimientos positivos puede darse una depresión paradójica, quizás debido al aumento de responsabilidades asociadas a la nueva situación que hay que encarar solo.

Se llega al diagnóstico de depresión o manía cuando la tristeza o la alegría son notoriamente intensas y van más allá de lo que cabría esperar como efecto de un factor estresante de la vida o cuando una u otra surgen en ausencia de estímulo. Los síntomas y signos a menudo se agrupan en síndromes independientes que típicamente recurren una y otra vez o, con menor frecuencia, persisten sin remisión. La depresión y la manía clínicas, al revés que las reacciones emocionales normales, causan notable deterioro del funcionalismo físico, social y laboral.

2.8.3 Depresión

Se conoce con el nombre de “depresión” un estado de tristeza excesiva. El individuo deprimido está apesadumbrado, cansado, sin ganas de hacer nada, y se considera impotente para emprender cualquier acción. El depresivo vive anclado en el pasado, hacen acto de presencia los sentimientos de despersonalización. Ellos viven que han cambiado, se sienten vacíos, sin sentimientos, y les cuesta reconocerse a sí mismos.

La capacidad que tiene una persona de responder depresivamente a los acontecimientos negativos depende, indudablemente de su personalidad previa. La posibilidad de deprimirse es el resultado lógico de llevar una vida humana con intereses propios.

La tristeza del depresivo se identifica respecto de la tristeza normal en que está mucha más corporalizada. Es una tristeza vital. El paciente siente cansado, sin ganas de nada, deshecho físicamente. El carácter somatizado de la tristeza del depresivo hizo que la depresión se considerase como una alteración de los sentimientos vitales, que para muchos autores no son otra cosa que la expresión de una disfunción somática.

En la infancia las depresiones no son excesivamente frecuentes, aunque pueden darse. El niño deprimido se manifiesta pasivo, con pocas ganas de jugar, de expresión triste y con un entecimiento de todas sus funciones psicológicas. En la adolescencia la depresión suele adquirir el aspecto de la melancolía típica. Con la aparición de las pulsiones genitales violentas en la pubertad. La depresión y melancolía del adolescente es una repetición, la última quizá de tener que aceptar un objeto amoroso que no se adapta a todos sus deseos. En la edad adulta, la mayor proporción de depresiones se da en la década de los cuarenta y de los cincuenta. En la involución la depresión tiene unos caracteres especiales, con extraordinarias cargas de angustia, los pacientes se manifiestan inquietos, como temiendo un gran peligro.

2.8.4 Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica

Definición:

La característica esencial del trastorno de estado de ánimo debido a enfermedad médica es una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera debida a los efectos fisiológicos directos de la enfermedad médica que el individuo padece.

Causas:

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

Insomnio o hipersomnia casi cada día

Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

Fatiga o pérdida de energía casi cada día

Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

Criterios de Diagnóstico:

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

1.- estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades.

2.- estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o de las pruebas de laboratorio, se encuentra que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej.: un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al stress de tener una enfermedad médica).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Tratamiento:

- La psicoeducación, que rondará acerca de las características del cuadro, su cronicidad y su manejo. Particularmente, debe incluirse un capítulo vinculado a la adherencia al tratamiento farmacológico.

- El entrenamiento en el manejo del estrés, puesto que este proceso se ha documentado como uno de los principales disparadores y moduladores de las crisis.

- El establecimiento de rutinas y ciclos que ayuden a regular el estado de ánimo. En vistas a este objetivo, vale destacar el aporte de Ellen Frank, una psiquiatra norteamericana quien desarrolló un programa terapéutico denominado terapia interpersonal y de ritmo social.

2.8.5 Trastorno de Estado de Ánimo Inducido por Sustancias

Definición:

Los trastornos por uso de sustancias son la expresión de la pérdida del control sobre el uso de diferentes drogas. Este descontrol se ha clasificado según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª Edición (DSM-IV) de la *American Psychiatric Association* (APA) en:

- 1.- trastornos inducidos por sustancias que presentan síntomas psiquiátricos provocados por el uso inadecuado de sustancias psicoactivas, incluyendo los efectos adversos de la medicación y tóxicos.
- 2.- trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) caracterizada por un patrón desadaptativo con adicción fisiológica, pérdida de control sobre comportamiento de consumo, y/o consecuencias adversas (por ejemplo: problemas laborales o sociales).

Causas:

Este debe realizarse entregando información esencial para el paciente y su familia. Si la meta del tratamiento es la total abstinencia se debe dejar claro el objetivo y su prioridad. Puede ser necesario tener objetivos menos estrictos como disminuir el consumo o reducir la frecuencia y la severidad de estos. Por último existe un grupo de enfermos en los cuales sólo es posible ejercer un control para evitar que se incorporen indirectamente en el mundo delictual. Para aquellos que se proponen dejar inmediatamente la droga se plantea:

Fijar una fecha definitiva para abandonar el consumo. Definir una estrategia para evitar o enfrentarse a situaciones de alto riesgo (por ejemplo: reuniones sociales donde hay consumo). Hacer planes específicos para evitar el consumo (por ejemplo: cómo responde a amigos que aún se drogan). Escoger a los amigos y a los familiares dispuestos a apoyar el abandono de la droga. Se puede realizar seguimiento con *Kits* de determinación de sustancias en orina.

Si es una meta razonable conseguir la reducción del consumo de drogas (o si el paciente se niega a abandonar la droga):

Negociar una meta clara para rebajar el consumo (por ejemplo: no más de un cigarrillo de marihuana al día con dos días de abstinencia a la semana) Definir una estrategia para evitar o enfrentarse a situaciones de alto riesgo (por ejemplo: sucesos estresantes). Poner en marcha mecanismos de autocontrol y hábitos de consumo menos perjudiciales (por ejemplo: restricciones temporales del consumo, uso de cantidades progresivamente menores).

Para pacientes no dispuestos a abandonar a reducir el consumo de forma inmediata. No rechazar, ni criticarlos. Detallar claramente los problemas sociales y médicos producidos por el consumo de drogas. Coordinar una futura entrevista para discutir el problema de drogas.

Criterio de Diagnóstico:

El estudio mínimo requiere de antecedentes respecto al consumo reciente o crónico de sustancias, así como de la cantidad, la frecuencia y el tipo de sustancias. Los pacientes pueden presentar estado de ánimo depresivo, insomnio, complicaciones físicas por consumo de drogas, accidentes o lesiones causadas por consumo de drogas. También puede existir cambio inexplicable en el comportamiento, la apariencia o en los hábitos, los pacientes pueden negar el consumo de drogas, presentar quejas por dolores o petición de recetas de medicamentos, incluyendo analgésicos, ansiolíticos u otros. Pueden observarse problemas legales o sociales debido al consumo de drogas (problemas conyugales, fallas laborales).

Para el diagnóstico se consideran como pautas las siguientes:

Consumo importante y frecuente. Consumo continuado no obstante la evidencia de daño orgánico (por ejemplo lesiones mientras está intoxicado) o tener consecuencias psicológicas (por ejemplo síntomas psiquiátricos secundarios al consumo de drogas) o sociales (por ejemplo pérdida de empleo, problemas familiares graves) Dificultad para controlar el consumo de drogas.

Fuerte deseo de consumir drogas Tolerancia (fenómeno que implica requerir cada vez mayor cantidad de droga para lograr el mismo efecto psicoactivo) Síndrome de abstinencia. El

diagnóstico diferencial incluye la ansiedad o la depresión, ya que pueden presentarse tras un elevado consumo de drogas. Si estos síntomas persisten después de un período de abstinencia de alrededor de 4 semanas cabe investigar una depresión o un trastorno de ansiedad generalizada.

Tratamiento:

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

1. estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades
2. Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que 1 o 2:

1. los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia
2. El empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuides a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso; o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios depresivos mayores recidivantes).

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

2.8.6 Trastornos de Ansiedad

¿Qué es la ansiedad?

La ansiedad es un estado desagradable de temor que se manifiesta externamente a través de diversos síntomas y signos, y que puede ser una respuesta normal o exagerada a ciertas situaciones estresantes del mundo en que vivimos, aunque también puede ser una respuesta patológica y anormal producida por diversas enfermedades médicas y/o psiquiátricas.

Aunque normalmente se habla de ansiedad y de angustia como términos equivalentes, no son realmente lo mismo, de tal forma que la primera se relaciona más con el sentimiento interior psíquico de malestar y la angustia con las manifestaciones externas corporales que acompañan a la ansiedad.

La ansiedad es un estado subjetivo consciente diferentemente descrito como una emoción, afecto o sentimiento. Se manifiesta por ciertas clases de conducta y va acompañada de cambios fisiológicos característicos. Que esta sea normal o no, depende de su intensidad, duración y circunstancias que la causan. En la vida diaria, el miedo y la ansiedad se diferencian con frecuencia en que el miedo es la respuesta a un peligro real y la ansiedad es resultado de causas obscuras e irracionales. La ansiedad intensa, desorganizada, se denomina “pánico”.

2.9 Problemas relacionados con el abuso o la negligencia

2.9.1 Abuso sexual

El abuso sexual es la violación a los derechos de los niños el cual debe ser penado por la ley, no importando si es pariente o no el que lo comete. Son muchas las razones por las que se comete este acto ilícito. La pérdida de los valores y los principios en la sociedad es una de las razones por las que esta problemática se da con tanta frecuencia y un alto porcentaje son cometidos por los mismos parientes de los niños.

Es toda acción de tipo sexual impuesta a un niño o un adulto por la persona. Algunas de sus formas son: manipulación del menor con fines pornográficos, someterlo a que observe actitudes sexuales, hablar sobre temas obscenos, mostrar o tocar genitales y penetración sexual (violación o incesto). El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando (el agresor) está en una posición de poder o control sobre otro menor.

Características

- El abuso sexual debe ser considerado independiente de otras formas de abuso
- El deseo sexual del adulto es el impulso principal
- Habitualmente eligen víctimas del otro sexo.
- Son precoces: casi la mitad tuvo que suprimir comportamiento de abuso antes de cumplir 16 años.
- Suelen ser reincidentes y actúan más en las ciudades que en las zonas rurales
- Aparentemente son personas normales, pero presentan problemas de socialización y serias creencias en valores sociales.
- Suelen ser agresivos o retraídos y muy insensibles.
- No sabe seducir a su iguales
- Tienen una escasa capacidad para ponerse en el lugar de otros y compartir sus sentimientos (empatía)
- En la mitad de los casos son desconocidos y la otra mitad, se trata de familiares o las sociedades anglosajonas.

- Solo en un 10 por ciento de los casos usan la violencia. Habitualmente recurren al engaño, tratan de ganarse la confianza de las víctimas o se aprovechan de la confianza familiar, utilizan estrategias como el factor sorpresa, les amenazan o les dan premios o privilegios de diferente tipo.
- La mayoría son pedófilos, es decir, adultos que se sienten orientados sexualmente exclusiva o preferentemente por los niños.

2.10 Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica

2.10.1 Duelo

¿Qué es el duelo?

El duelo es la reacción normal después de la muerte de un ser querido.

Supone un proceso más o menos largo y doloroso de adaptación a la nueva situación.

Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta.

La intensidad y duración del duelo depende de muchos factores: tipo de muerte (esperada o repentina, apacible o violenta.), de la intensidad de la unión con el fallecido, de las características de la relación con la persona perdida (dependencia, conflictos, ambivalencia...), de la edad...

La duración del duelo por la muerte de una persona muy querida puede durar entre 1 y 3 años.

Duelo resuelto. Podemos decir que hemos completado un duelo cuando somos capaces de recordar al fallecido sin sentir dolor, cuando hemos aprendido a vivir sin él o ella, cuando hemos dejado de vivir en el pasado y podemos invertir de nuevo toda nuestra energía en la vida y en los vivos.

2.10.1.1 Los diez estadios en el proceso de duelo

1.- Estamos en estado de shock

El dolor, la angustia nos embarga; hay una sensación temporal de anestesia, en respuesta a la trágica experiencia. Una sensación de irrealidad se apodera de nosotros; es muy difícil tomar decisiones en este período.

2.- Expresamos mucha emoción

Conforme vamos interiorizando la pérdida, la liberación de nuestras emociones se inicia. La emoción es esencial, es intrínseca al ser humano, tratar de suprimirla, es no ser humano en toda su dimensión.

3.- Nos sentimos muy deprimidos y solos

Nos sobrecoge una sensación de aislamiento, como que ya ni siquiera le importamos a Dios, y se ha olvidado de nosotros. La depresión es una experiencia universal. Siempre pasa... es cuestión de tiempo.

4.- Podemos experimentar síntomas físicos por este duelo

Es durante este período donde es más fácil enfermarse. Muchas personas están enfermas por un duelo no resuelto. Necesitamos que se nos ayude a resolver de acuerdo a nuestras posibilidades el duelo y comprender por qué es que estamos de duelo, la trascendencia de la pérdida.

5.- Podemos entrar en pánico

La inhabilidad de concentrarnos en presencia de otros; no podemos pensar en otra cosa que no sea la pérdida del ser querido. Cuando tomamos conciencia de esto podemos entrar en pánico.

6.- Sentimos un poco de culpa por la pérdida del ser querido

“La culpa normal”, por decirlo así, es la que sentimos cuando hemos hecho algo, que de alguna manera teníamos que hacer, aunque no sea lo mejor, pero nos sentíamos obligados a

hacer. “La culpa neurótica” es aquella que se sale de toda proporción, y que no va de acuerdo con el compromiso REAL que cada uno tiene en una situación o problema en particular.

7.- Estamos llenos de resentimiento y hostilidad

Hasta la persona más devota puede llegar a sentir estas emociones y sentimientos cuando somos muy críticos con las personas que estuvieron involucradas con nuestro ser querido que murió.

8.- Encontramos difícil volver a retomar las actividades usuales

La sociedad moderna hace muy difícil expresar nuestro duelo, nuestro dolor en presencia de otras personas, como si fuera equivocado hacerlo. Enterrar nuestras emociones y no expresarlas daña nuestra salud espiritual y emocional, y no nos deja accionar adecuadamente en la realidad del mundo que nos rodea.

9.- Gradualmente, la esperanza renace

De repente tomamos conciencia de que podemos reír otra vez. Como que nos damos cuenta de que otros también tienen problemas, no somos los únicos. Observamos a esos que han tenido experiencias devastadoras y que de una forma u otra han ido haciendo ajustes en su vida, pensamos si ellos pudieron entonces tal vez yo también pueda.

10.- Luchamos por incorporarnos a la realidad

Cuando se atraviesa por una pérdida importante y pasamos por el proceso de duelo, al salir, somos un poco diferentes de lo que éramos antes, por lo general nuestros valores espirituales más fuertes y aunque sentimos que hemos perdido algo de nosotros, no todo se nos ha quitado. En el horror de nuestra experiencia, Dios ha estado trabajando a nuestro lado.

2.10.1.2 Diez principios para ayudar a una persona que está en duelo

1. Aléjese de las frases triviales que son tan insulsas: “Todos tenemos que morirnos algún día”, “Las cosas van a mejorar. Ya verás”, “Todavía sos muy joven y podés tener otro hijo”.

Simplemente no se comparan tragedias nunca.

2. No apesure el duelo; el proceso de duelo requiere tiempo.

3. Permanezca en forma accesible para soporte y ayuda, sobre todo: a las seis semanas, a los tres meses. Los días feriados y los aniversarios.
4. Esté presto a revelar sus propios sentimientos: el mismo Jesús sollozó; de esta forma el doliente podrá ver:
 - a. No nos da vergüenza expresar nuestros sentimientos.
 - b. No hemos quedado incapacitados permanentemente después de perder a un ser querido.
5. Aprenda a reconocer el comportamiento normal de una persona en duelo: alucinaciones, pesadillas, silencio, y quietud en medio de una multitud. Amanece uno despierto, o le dan las tres de la mañana y no puede conciliar el sueño, y otros síntomas de la depresión.
6. Ayude a actualizar “la pérdida” permitiendo que le cuenten la historia, una y otra vez, y otra vez, las que sean necesarias; dónde, cómo, por qué, quién. Es normal que nos cansemos de oír el mismo cuento todo el tiempo pero ayudamos al doliente a realizar, interiorizar la pérdida del ser querido a través de esta expresión, siempre y cuando el doliente desee hablar de esta experiencia.
7. Ayude a identificar sentimientos escondidos de ira, cólera, culpa, que por lo general la persona no se permite sentir en forma consciente, pero que están allí y perturban. Deben exteriorizarse, salir a la luz si se desea restaurar la salud espiritual y emocional de la persona.
8. Todos los seres humanos reaccionamos en forma diferente frente a una misma experiencia. No espere reacciones idénticas en las personas. Cada persona tiene su forma particular de expresar el dolor, la tristeza, el duelo por la muerte de un ser querido.
9. Ayude a restaurar la confianza en sí mismo: al hacer decisiones, aprendiendo cosas nuevas, a manejar los problemas de todos los días.
10. Ayude a la persona doliente a establecer nuevas relaciones con otras personas. Muchas veces se ha estado tan alejado de las relaciones sociales que se tiene que ser muy introvertido. Como que se le olvida a uno hasta de qué hablar. Ayude a explotar el lado positivo de crear nuevas amistades.

2.10.2 Duelo no resuelto

Cronograma para trabajar el duelo no resuelto.

Fases de duelo	Duración	Características	Necesidades	Objetivos a desarrollar	Función del que ayuda
Fase uno: Shock	Varias semanas o meses	El individuo funciona en forma mecánica, automáticamente.	Distanciamiento emocional	Se protege uno mismo contra el impacto de la pérdida	Asistir en las diferentes tareas
Fase dos: Desorganización	Muchos meses	Sentimientos dolorosos: Soledad, depresión, llanto, dificultades para conciliar el sueño y, el apetito, lástima por uno mismo y alucinaciones	Intimidad, poder ventilar los sentimientos	Interiorizar el impacto de la pérdida	Permitir que se exprese todos los sentimientos escuchar hablar a la persona sobre la vida y la muerte y todos los detalles que desee expresar en las relaciones sociales
Fase tres: Reorganización	Muchas semanas o meses	Ocasionalmente se experimenta sensación de paz interna. Ya hay menos intensidad de los sentimientos	Apoyo y soporte para reentrar en la vida normal y cotidiana	Completar la relación emocional con la persona muerta	Expandirse en las relaciones sociales

Capítulo III

3.1 Referencia Metodológica

3.1.1 Objetivos de Programa de práctica profesional

3.1.1.1 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.

3.1.1.2 Objetivos 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.

3.2 Calendarización o Cronograma de Actividades

I Trimestre

Enero

Actividad programada

Sábado 16 Entrega de programa, explicación de procedimientos y registros.

Sábado 23 Explicación de hojas de registro de procesos y Perfil Institucional.

Sábado 30 Entrega de autorización escrita de centros de práctica. Ejercicios prácticos en clase de aspectos importantes de la práctica.

Febrero

Sábado 6 Reforzamiento de temas de evaluación, diagnóstico e intervención.

Sábado 13 Primera parte: presentación caso 1

Segunda parte: supervisión de casos

Sábado 20 Primera parte: presentación de caso 2

Segunda parte: supervisión de casos

Sábado 27 Primera parte: presentación de caso 3

Segunda parte: supervisión de casos

Entrega de Perfil Institucional

Marzo

Sábado 6 Primera parte: Presentación de caso 4

Segunda parte: supervisión de casos

Entrega de informe mensual mes de febrero

Sábado 13 Primera parte: Presentación de caso 5

Segunda parte: supervisión de casos

Sábado 20 Primera parte: presentación de caso 6

Segunda parte: supervisión de casos

Sábado 27 Primera parte: presentación de caso 7

Segunda parte: supervisión de casos

Abril

Sábado 10 Primera parte: Presentación de casos 8

Segunda parte: supervisión de casos

Entrega informe mensual marzo

Entrega de planificación de talleres

Sábado 17 Primera parte: Presentación de casos 9

Segunda parte: supervisión de casos

Sábado 24 Primera parte: Presentación de casos 10

Segunda parte: supervisión de casos

Mayo

Sábado 8 Cierre de primera fase. Autoevaluación

Entrega informe mensual abril

II Trimestre

Actividad programada

Sábado 22 Primera parte: Consideraciones generales y entrega de Memo

Segunda parte: Supervisión de casos

Sábado 29 Primera parte: Presentación de caso 1 con videgrabación

Segunda parte: Supervisión de casos

Junio

Sábado 5 Primera parte: Presentación de caso 2 con videgrabación

Segunda parte: Supervisión de casos

Entrega de informe mensual mayo

Sábado 12 Primera parte: Presentación de caso 3 con videgrabación

Segunda parte: Supervisión de casos

Sábado 19 Primera parte: Presentación de caso 4 con videgrabación

Segunda parte: Supervisión de casos

Sábado 26 Primera parte: Presentación de caso 5 con videgrabación

Segunda parte: Supervisión de casos

Julio

Sábado 3 Primera parte: Presentación de caso 6 con videgrabación

Segunda parte: Supervisión de casos

Entrega de informe mensual junio

Sábado 10 Primera parte: Presentación de caso 7 con videgrabación

Segunda parte: Supervisión de casos

Sábado 17 Primera parte: Presentación de caso 8 con videgrabación

Segunda parte: Supervisión de casos

Sábado 24 Primera parte: Presentación de caso 9 con videgrabación

Segunda parte: Supervisión de casos

Sábado 31 Primera parte: Presentación de caso 10 con videgrabación

Segunda parte: Supervisión de casos

Agosto

Sábado 7 Entrega de informe mensual Julio

III Trimestre

Actividad programada

Septiembre

Sábado 4 Entrega de informe final agosto

Primera revisión informe final

Octubre

Sábado 2 Devolución de informe final con correcciones

Entrega de informe mensual septiembre

Sábado 9 Segunda revisión de informe final

Noviembre

Sábado 20 Evaluación final y autoevaluación

Sábado 27 Cierre de fase III. Actividad especial.

3.3 Descripción

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 una actividad para aplicar la psicología y consejería social. Los alumnos y alumnas podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos

3.3.1 Propósito del curso

El curso tiene el propósito de integrar los conocimientos adquiridos durante la carrera, aplicándolos de manera práctica en instituciones en donde el psicólogo ejerce la psicología clínica. El y la alumna adquieren destrezas en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades emocionales que impiden a las personas funcionar adecuadamente.

3.3.2 Competencias

- i. Ayuda a adultos, adolescentes y niños con necesidades de atención psicológica
- ii. Atiende problemas de personas en riesgo de enfermarse mentalmente.

Indicadores de logros

- i. Poner en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de la carrera.
- ii. Es un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad.
- iii. Atiende casos en instituciones para mejorar la calidad de vida de las persona con problemas
- iv. Elabora programas de salud mental y los aplica.
- v. Capacita a grupos de personas con temas importantes para el mantenimiento de la salud mental.
- vi. Visita lugares para formarse una idea precisa de los problemas sociales.
- vii. Investiga temas relacionados en su aplicación práctica

3.3.3 Contenido temático del curso

1. Evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
2. Capacitación en salud mental
3. Problemas de salud mental en Guatemala
4. Participación en eventos relacionados con la Psicología y Consejería Social
5. Trabajo en comunidades de riesgo
6. Detección de situaciones de resiliencia

7. Creación de programas y proyectos

3.3.4 Criterios para el curso de desarrollo de 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 utilizara 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 y las alumnas tendrán que presentar documentos requeridos, planificaciones, proyectos y cumplir con el horario y fechas establecidas, así como con las normativas establecidas por la Universidad.

En el transcurso de la práctica los y las alumnas atenderán casos clínicos haciendo un diagnóstico y tratándolos de manera profesional. También tendrán que cumplir con capacitaciones y aplicación de proyectos.

3.3.5 Formas o técnicas de evaluación

Evaluación diagnóstica: se pasará una prueba elaborada por la catedrática para explorar los conocimientos obtenidos durante la carrera

3.4 Cronograma de actividades

Práctica en la Institución Liga Pro Salud

Período febrero – Septiembre 2010

Mes	Actividad	Casos atendidos	Intervención grupal	Talleres	Evaluación	Intervenciones
Febrero	Presentación en la Liga Pro Salud del pueblo a solicitar la practica	4	X	X	X	X
Marzo	Atención a pacientes	4	X	X	X	X
Abril	Atención de casos	4	X	X	X	X
Mayo	Atención de casos	5	X	X	X	X
Junio	Capacitación al personal de la Liga Pro Salud del pueblo Médicos, personal general y pacientes	5	3	3	Realización de FODA y PNI para tener información requerida del objetivo propuesto	Participación activa de los participantes
Julio	Atención de casos	3	X	X	X	X
Agosto	Atención de casos y otras actividades relacionadas a la práctica	3	Terapia individual y familiar	X	Se evaluaron cambios conductuales de al familia	Mediación entre familiares de resolución de conflictos
Septiembre	Despedida de La Liga Pro Salud del pueblo	X	X	X	X	X

3.5 Planificación de actividades por mes en el centro de práctica



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- CAMPUS EL NARANJO

PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre de alumno: Lubia Araceli Orellana López

Fecha: 3 de febrero 2010 Institución de práctica: Liga Pro Salud del Pueblo

INFORME MENSUAL MES DE: febrero de 2,010

I. Nombre de paciente Josué Cuellar

Motivo de consulta: problemas de escritura, lectura y problemas de atención en clases

Diagnóstico: no especificado por falta de pruebas

Avances del mes de febrero se le ha observado cambios conductuales en cuando a dormir mas horas, ya que se acostaba a las 11 de la noche porque los abuelos a esa hora se acuestan a dormir, entonces ya tenía ese patrón de horario, se le hicieron exámenes de laboratorio ya que consideré necesario. le encontraron parásitos, pero después de haber tomado tratamiento que la doctora le recetó, ya esta comiendo sin problemas, la abuela me comentó este miércoles 3 de marzo que ya no le han enviado notas del colegio y me enseñó sus libros y cuadernos y tiene notas altas y caritas alegres lo volví a referir con la doctora para chequeo de estatura y peso se han realizados técnicas de relajación por medio de ejercicios de respiración y de reconocimientos de las partes del cuerpo incluyendo derecha izquierda.

No. de sesiones 3 Inasistencias 0

II. Nombre de paciente: Andrés Zamora

Motivo de consulta problemas emocionales, como inseguridad, baja autoestima Problemas conductuales en su forma de vestir hablar y actuar ya que ha tenido problemas desde 1 básico que lo molestaban por ello decidió ya actuar y vestirse de esa forma que ya no le importaba nada, que se siente feo y gordo y que no esta cenando para no seguir engordando.

Diagnóstico: problemas conductuales de la identidad sexual, problemas emocionales baja autoestima

Avances del mes febrero: en la segunda cita llegó de una manera normal en su vestuario y me dijo que se sentía bien que había pasado una semana tranquila en el colegio y en su casa y que ya estaba comiendo bien de una manera sana. Trabajamos con las técnicas proyectivas tales como la figura humana, el de la familia y el árbol

No. de sesiones 2 Inasistencias 1

III. Nombre de paciente Telma Ordóñez

Motivo de consulta: Dolor de cabeza y trata mal a sus hijos desde hace un año que murió su esposo

Diagnóstico: duelo no resuelto por la muerte de su esposo

Avances del mes de febrero: ya en esta otra consulta se le observó en su rostro ligeras sonrisas y me comentó que ya están platicando un poquito con sus hijos

No. de sesiones 3 Inasistencias _____

IV. Nombre de paciente: Miriam Roche

Motivo de consulta: Problema de tristeza soledad, se siente muy sola ya que es una mujer de 80 años es viuda, tiene un hijo pero vive en Estados Unidos tiene 10 años de no verlo

Diagnóstico: no determinado es muy pronto no hay la suficiente información

Avances del mes febrero primera consulta, cuando se terminó la consulta ya iba con otras emociones positivas

No. de sesiones 1 Inasistencias _____

PROCESO PERSONAL cada caso con un proceso diferente acorde a su necesidad.



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS EL NARANJO

PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre de alumno: Luvia Orellana

Fecha: Marzo Institución de práctica: Pro-salud del pueblo

INFORME MENSUAL MES DE: marzo de 2,010

I. Nombre de paciente: Jimmy Navarro

Motivo de consulta: El paciente se refiere que a partir de los 10 años de edad comenzó a ingerir alcohol por lo que actualmente es alcohólico

Diagnóstico: dependencia alcohólica

Avances del mes: paciente que ha sido asistido en dos sesiones, actualmente lleva 15 días de no ingerir alcohol y se ha evidenciando que su conducta es más positiva.

No. de sesiones 2 Inasistencias 0

II. Nombre de paciente: Efraín Gonzales

Motivo de consulta: el paciente refiere:”que me siento solo triste por no tener ya a mi muñeca porque éramos muy unidos y siempre estábamos juntos y nos apoyábamos en todo y no le tengo confianza al sistema de Guatemala.”

Diagnóstico: Duelo no resuelto

Avances del mes: el paciente refiere que esta durmiendo más horas, comiendo saludable, ya va de compras hace ejercicios moderados, y hasta con planes de viajar al exterior.

No. de sesiones 2 Inasistencias 0

III. Nombre de paciente: Josué Cuellar

Motivo de consulta: problemas de escritura y lectura no se acuesta temprano y no come bien.

Diagnóstico: falta de adiestramiento psicomotor fina y gruesa, no tuvo una previa estimulación temprana ya que no hizo una preprimaria con regularidad

Avances del mes: abuela refiere que Josué ya se esta durmiendo a las 9 de la noche quien antes se dormía a las 11 de la noche y se levantaba a las 6 de la mañana, y que esta comiendo adecuadamente para su edad se le mandaron hacer exámenes de laboratorio por supuesta asesorada por la doctora , los cuales les salieron positivos pero ya se le dio tratamiento y esta mejorando en todo , lamentablemente Josué ya no continuo con mi persona motivo en su colegio hay Psicóloga y ella continuo este caso .

No. de sesiones 3 Inasistencias 0

IV. Nombre de paciente: Miriam Roche

Motivo de consulta: Tristeza por que tiene ya mucho tiempo que no ha visto a su hijo porque se me fue para EE.UU. y porque alquila un cuarto y vive sola.

Diagnóstico de Depresión

Avances del mes: No llegó a la siguiente cita

No. de sesiones 1 Inasistencias 1



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS EL NARANJO

PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre de alumno: Luvia Orellana

Fecha: Abril *Institución de práctica: Pro-salud del pueblo*

INFORME MENSUAL MES DE: abril de 2,010

I. Nombre de paciente: Jimmy Navarro

Motivo de consulta: El paciente se refiere que a partir de los 10 años de edad comenzó a ingerir alcohol por lo que actualmente es alcohólico

Diagnóstico: dependencia alcohólica

Avances del mes: paciente que ha sido asistido en tres sesiones, actualmente a tenido abstinencia de alcohol ya que tiene un mes que se a evidenciando tal hecho y a mejorado en su entorno familiar una relación sin conflictos.

No. de sesiones 3 Inasistencias 0

II. Nombre de paciente: Efraín Gonzales

Motivo de consulta: el paciente refiere “que me siento solo triste por no tener ya a mi muñeca porque éramos muy unidos y siempre estábamos juntos y nos apoyábamos en todo y no le tengo confianza al sistema de Guatemala.”

Diagnóstico: Duelo no resuelto por muerte de su esposa y ansiedad por vivir en Guatemala ya que no se adapta a la cultura guatemalteca.

Avances del mes abril el paciente refiere que ha tenido cambios positivos desde que empezó su terapia por lo que comenta que ya esta durmiendo de una manera tranquila, comiendo saludable, ya va de compras hace ejercicios en un Gimnasio y gracias a Dios ya tubo deseos hasta de viajar con unos de sus parientes en México.

No. de sesiones 3 Inasistencias 0

III. Nombre de paciente: Miriam Roche

Motivo de consulta : paciente de 80 años, viuda desde hace 30 años, refiere tristeza por que tiene ya mucho tiempo que no ha visto y le es difícil comunicarse con el, lo que mas tristeza le da es que es su único hijo y se fue para EE.UU., alquila un cuarto y vive sola.

Diagnóstico de Depresión

Avances del mes abril, la paciente Miriam Roche refiere tristeza ya que a querido comunicarse con su hijo pero se le a hecho difícil ya que el vive en EE.UU. y comenta no tener dinero para hacer llamadas telefónicas. También padece de alta presión, pero igual por lo económico no puede comprar medicamentos aptos para dicha enfermedad, lo que comenta es que esta tomando aspirina para niños todos los días.

Con las tareas que se le han dejado (terapia del arte) le han servido de distractores ocupacionales, los cuales le han ayudado a pensar un poco menos en su situación. También el asistir a la terapia le ha cambiado algunos pensamientos negativos en positivos.

No. de sesiones 2 Inasistencias 1



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS EL NARANJO

PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre de alumno: Lubia Araceli Orellana López

Fecha: Mayo 2010 Institución de práctica: Liga Pro Salud del Pueblo

INFORME MENSUAL MES DE: mayo de 2,010

I. Nombre de paciente: Sidney De León

Motivo de consulta: Poder relajarse, decir todo lo que le aflige personalmente, subir la autoestima, problemas en casa y trauma psicológico.

No. de sesiones 2 Inasistencias 1

Diagnóstico: paciente con estos problemas debido a una violación que sufrió de parte de su novio denota tristeza y cólera por lo sucedido.

Avances en el mes: se hicieron las técnicas de relajación, del perdón se trabajó la autoestima se escribió todo lo negativo y luego se quemó y se escribió todo lo positivo que ella tiene como persona y se llevó esa hoja para su casa.

Avances del mes de junio

La paciente recién encontró un trabajo de asistente en unas clínicas médicas y piensa el otro año estudiar en la Universidad de San Carlos de Guatemala y seguir adelante.

II. Nombre de paciente: Manuel De Jesús

Motivo de consulta: problemas de desobediencia, rebeldía, desorden no le gusta cooperar con su mamá.

Diagnóstico: problemas de conducta ya que se muestra con desobediencia hacia su madre, el paciente tiene problemas por motivo que el vio y recibió maltrato intrafamiliar ya que su

padre era alcohólico y les llegaba a golpear a su madre, y el paciente fue afectado a nivel emocional.

Avances del mes mayo: en la segunda cita llego de una manera diferente en cuanto a la relación madre e hijo, llegaron con un retraso de 15 minutos ya que me informaron que almorzó bien y se baño antes de llegar a la clínica y me dijo que se sentía bien que había pasado una semana tranquila en el colegio y en su casa y que ya estaba comiendo bien de una manera sana. Trabajamos con las técnicas proyectivas tales como la figura humana, el de la familia y el árbol.

Avances del mes de mayo

El paciente Manuel se presentó con una dinámica diferente en relación a su conducta la madre refirió que el horario que se le estableció lo esta cumpliendo con facilidad y se está durmiendo más temprano de lo acostumbrado, ya existe una relación madre e hijo con más comunicación e incluso me llevó las notas de colegio y saco 5 notas de 100 puntos y me comentó que quiere ser en el futuro un Arquitecto; también me dibujó una casa donde el quiere vivir. Trabajamos la técnica del perdón en ambos madre e hijo y fue exitosa.

No. de sesiones 3 Inasistencias 1

III. Nombre de paciente Jonatán Gómez

Motivo de consulta: Dolores de cabeza, mareos presión alta, problemas de sueño y alimentación y que le dolía el corazón.

Diagnóstico: frustración, cólera, enojo por engaño de socios en su negocio ya que los socios le robaron todo su capital.

Avances del mes de mayo: ya en esta otra consulta se le observó en su rostro ligeras sonrisas y me comentó que ya estaba durmiendo mejor y ya había empezado a trabajar con su papá y que estaba comiendo de una manera sana y que había pintado su dormitorio y había limpiado bien su habitación y que estaba contento por ello igual su familia. Su mamá llegó para agradecerme el apoyo que le había brindado

Avances del mes de Junio

El paciente demuestra en su apariencia una felicidad, ya que refiere que está con una actitud positiva hacia la vida y ya está trabajando normal piensa solicitar una beca para seguir estudiando y así tener oportunidad de viajar. Y también poder ir a tocar teclado y cantar con un grupo en diferentes partes del mundo. Se trabajó con la terapia Racional Emotiva Conductual y ha tenido resultados positivos, técnicas de relajación lecturas en casa, Técnicas del arte como cuadros decorativos lugares favoritos.

No. de sesiones 4 Inasistencias 2

IV. Nombre de paciente: Gloria García

Motivo de consulta: Problema de tristeza, soledad se siente muy sola ya que hace 4 años se quedó viuda y le quedaron 3 hijos y tiene problemas económicos mas ahora que hace 2 meses se quedó sin trabajo

Diagnóstico: no determinado es muy pronto no hay la suficiente información

Primera consulta, lo que si es cierto que cuando se terminó la consulta ya iba con otras emociones positivas.

No. de sesiones 2 Inasistencias _____

Avances en el mes de Junio

La paciente Gloria denota optimismo está buscando trabajo con ánimo esta llevando su currículo a varias partes esperando respuesta de algo.

Comentó que ayuda en los oficios domésticos a su madre y que están escuchando música suave y alegre y está ocupada en los trabajos de su casa de su casa y que ya no pasa enojada ya que no le queda tiempo para enojarse. También tiene el apoyo de sus hijos y están yendo a la iglesia evangélica se está trabajando técnicas de relajación y de actividades en su casa donde participe toda la familia para lograr convivencia familiar para trabajar con la tristeza se trabajó la técnica de la silla vacía para despedida con su esposo y fue efectiva.

IV. Nombre de paciente: Velveth Galindo

Fecha de nacimiento: 25 de junio 1959

Edad: 51

Estado Civil: Unida

Escolaridad: Bachillerato, actualmente (Instituto Comunitario)

Profesión: Estudiante

Dirección: 9na Av. 6-25 zona 8

Tel. 24407161 Referido: por Pro-Salud de Pueblo.

Motivo de la Consulta:

“Mi esposo no me permite continuar con mis estudios; estoy atravesando este problema; ya que dejé de estudiar tuve a mis hijos y paré luego seguí en bachillerato y ahora que ya voy en medio año para culminar mi carrera mi esposo quiere que deje de estudiar y que le ayude a trabajar y me esta presionando y me está obligando a dejar de estudiar”

Tiene 3 meses de inicio del problema; y anteriormente el esposo estaba de acuerdo con el inicio de los estudios.

Área Económica: Presentan dificultades, especialmente en los negocios. El tiene una constructora

Diagnóstico: no determinado es muy pronto no hay la suficiente información_

Primera consulta, cuando se terminó la consulta ya iba con otras emociones positivas

No. de sesiones 2 Inasistencias 0

Avances del mes de junio

La paciente habló con su esposo y le explicó de otras opciones para no dejar de estudiar, y le hizo un cálculo de todo el dinero que ya habían gastado entonces el se quedó pensando y fue cuando el accedió a que termine sus estudios ya que comprendió la importancia de su futuro.

V. Nombre del paciente: Efraín Gonzales

En el mes de mayo: se dio por terminada la sicoterapia con éxito ya que el paciente Efraín tenía las herramientas necesarias que le ayudarían a enfrentar las situaciones que afrontaba, el paciente Efraín denota alegría por que dicho duelo que le causaba tristeza y dolor ya lo había resuelto, encontró apoyo en su familia de México y EE.UU. y en relación al miedo y temor

que le causaba la cultura guatemalteca, logro tener pensamientos positivos y no pensar en lo negativo; Decidió movilizarse en su vehículo en toda la ciudad e interior del país, porque se dio cuenta que el encierro le causaba tristeza, dolor y temor.

No. de sesiones 4 Inasistencias 0



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- CAMPUS EL NARANJO

PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre de alumno: Lubia Araceli Orellana López

Fecha: Junio 2010 Institución de práctica: Liga Pro Salud del Pueblo

INFORME MENSUAL MES DE: junio de 2,010

I. Nombre de paciente: Sidney De León

Motivo de consulta: Poder relajarse, decir todo lo que le aflige personalmente, subir la autoestima, problemas en casa y trauma psicológico.

No. de sesiones 2 Inasistencias 1

Diagnóstico: paciente con estos problemas debido a una violación que sufrió de parte de su novio denota tristeza y cólera por lo sucedido

Avances en el mes de Junio

Se trabajo con la técnica de la TREC donde se trabaja con los pensamientos negativos a cambiar por pensamientos positivos donde se beneficia al paciente por medio de la concientización a benefició propio de dicha paciente. También se continuaron las técnicas de relajación, la técnica del perdón, autoestima, y la técnica del arte.

La paciente refiere que el trabajo le a ayudado tanto en lo emocional, material y ha sido un estímulo para seguir estudiando. Comenta que las terapias han sido de gran apoyo en cuanto a su tristeza y enojo la técnica de la TREC y del arte fueron lo que sirvió para modificar su forma de pensar, ya que utilizo de una manera eficiente su tiempo, para no estar pensando en lo que le causaba tristeza y enojo.

II. Nombre de paciente: Manuel De Jesús

Motivo de consulta: problemas de desobediencia, rebeldía, desorden no le gusta cooperar con su mamá.

Diagnóstico: problemas de conducta ya que se muestra con desobediencia hacia su madre, el paciente tiene problemas por motivo que el vio y recibió maltrato intrafamiliar ya que su padre era alcohólico y les llegaba a golpear a su madre, y el paciente fue afectado a nivel emocional.

Avances del mes junio

En la tercera cita llego de una manera diferente en cuanto a la relación madre e hijo, llegaron antes de la hora citada, muy contentos en donde se vieron cambios de Manuel hacia la madre de una manera amorosa y refiere su madre y el que ha mejorado en el aspecto educativo, come saludable, duerme bien, haces sus tareas, ya que el horario establecido se esta llevando de una manera formal tanto por la madre como por el hijo. Gracias a Dios se logro el apoyo de parte de su madre de una manera eficiente para el beneficio de ambos.

El paciente Manuel se presentó con una dinámica diferente en relación a su conducta la madre refirió que el horario que se le estableció lo esta cumpliendo con facilidad y se está durmiendo más temprano de lo acostumbrado, ya existe una relación madre e hijo con más comunicación e incluso me llevó las notas de colegio y saco 5 notas de 100 puntos y me comentó que quiere ser en el futuro un Arquitecto; también me dibujó una casa donde el quiere vivir. Trabajamos la técnica del perdón en ambos madre e hijo y fue exitosa.

No. de sesiones 3 Inasistencias 1

III. Nombre de paciente: Jonatán Gómez

Motivo de consulta: dolores de cabeza, mareos presión alta, problemas de sueño y alimentación y que le dolía el corazón.

Diagnóstico: frustración, cólera, enojo por engaño de socios en su negocio ya que los socios le robaron todo su capital.

Avances del mes de junio: en este mes se denota un cambio significativo en su conducta, ya en esta otra consulta se le observó en su rostro mas tranquilidad, confianza, sonrisas y me comentó que ya estaba durmiendo mejor y mostrando una actitud positiva hacia el y a su entorno.

Avances del mes de Junio

El paciente comenta que esta trabajando en una forma responsable, respetando los horarios establecidos, con planes positivos para el futuro.

No. de sesiones 2 Inasistencias _____

IV. Nombre de paciente: Gloria García

Motivo de consulta: Problema de tristeza, soledad se siente muy sola ya que hace 4 años se quedó viuda y le quedaron 3 hijos y tiene problemas económicos mas ahora que hace 2 meses se quedó sin trabajo

Diagnóstico: no determinado es muy pronto no hay la suficiente información

Primera consulta, lo que si es cierto que cuando se terminó la consulta ya iba con otras emociones positivas.

No. de sesiones 2 Inasistencias _____

Avances en el mes de Junio

La paciente Gloria denota optimismo está buscando trabajo con ánimo esta llevando su currículum a varias partes esperando respuesta de algo.

La paciente Gloria ya encontró trabajo y esta muy contenta ya que va tener la solvencia económica para sacar adelante a sus hijos. Lo que le preocupa es dejar a sus hijos al lado de sus abuelos los que ya son muy grandes para dejarles a cargo a sus hijos.

IV. Nombre de la paciente: Velveth Galindo

Fecha de nacimiento: 25 de junio 1959

Edad: 51

Estado Civil: Unida

Escolaridad: Bachillerato, actualmente (Instituto Comunitario)

Profesión: Estudiante

Dirección: 9na Av. 6-25 zona 8

Tel. 24407161

Referido: por Pro-Salud de Pueblo.

Motivo de la Consulta:

“Mi esposo no me permite continuar con mis estudios; estoy atravesando este problema; ya que dejé de estudiar tuve a mis hijos y paré luego seguí en bachillerato y ahora que ya voy en medio año para culminar mi carrera mi esposo quiere que deje de estudiar y que le ayude a trabajar y me esta presionando y me está obligando a dejar de estudiar”

Tiene 3 meses de inicio del problema; y anteriormente el esposo estaba de acuerdo con el inicio de los estudios.

Área Económica: Presentan dificultades, especialmente en los negocios. El tiene una constructora

Diagnóstico: no determinado es muy pronto no hay la suficiente información_

Primera consulta, cuando se terminó la consulta ya iba con otras emociones positivas

No. de sesiones 2 Inasistencias 0

Avances del mes de junio

La paciente logró cambios positivos por medio de una comunicación efectiva con su esposo y le explicó de otras opciones para no dejar de estudiar, y le hizo un cálculo de todo el dinero que se habían gastado entonces el se quedó pensando, y fue cuando el accedió a que termine sus estudios y comprendió que si ella se gradúa le ayudará y le será de mucho apoyo, comentó que habían otras posibilidades. La paciente esta realizada y que se dio cuenta de la importancia de visitar a una psicóloga. La paciente le trajo a su esposo una certificación de sus notas donde muestra el puntaje alto de sus materias el esposo esta satisfecho y agradecido con ella por ese esfuerzo tan grande que está haciendo en beneficio de toda sus familia ya que, comenta que ya le esta sirviendo en el área de contabilidad y sus negocios han mejorado cuantitativamente.



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- CAMPUS EL NARANJO

PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre de alumno: Lubia Orellana

Fecha: Julio

Institución de práctica: Pro-salud del pueblo

INFORME MENSUAL DEL MES DE JULIO

Nombre de paciente: Jimmy Navarro

Motivo de consulta: El paciente refiere que a partir de los 10 años de edad comenzó a ingerir alcohol por lo que actualmente es alcohólico

Diagnóstico: dependencia alcohólica

Avances del mes: paciente que ha sido asistido a tres sesiones, quien denota otro semblante tranquilo relajado con una apariencia agradable. El paciente refiere que ha logrado controlarse en cuanto a la dependencia alcohólica, tiene comunicación con su hijo y han iniciado el proceso de restauración en la relación padre-hijo y esta muy feliz por los logros adquiridos hasta este punto, a la vez piensa contraer matrimonio con la persona con la que se encontraba unido, ya que lograron cambios en su relación de pareja.

No. de sesiones: 3

Inasistencias: 1

I. Nombre de paciente: Manuel de Jesús

Motivo de consulta: No le obedece a la madre cuando se le ordena el realizar una actividad, es muy desordenado.

Diagnóstico: Duelo no resuelto.

Avances del mes: Su conducta se ha modificado y las notas escolares han reflejado una mejora en el rendimiento académico, en cuanto a su alimentación, los hábitos de dormirse tarde han sido modificados, y la relación madre hijo han mejorado

No. de sesiones: 3

Inasistencias: 1

I. Nombre de paciente: Sídney de León

Motivo de consulta: Poder relajarse decir todo lo que le aflige, personalmente subir la autoestima y saber de si misma. Presenta problema de casa, y trauma psicológico inseguridad, ansiedad, problemas emocionales.

Diagnóstico: No determinado por motivo tiempo.

Avances del mes: El cambio aún no es notorio ya que solo se han realizado dos sesiones con la paciente. Lo único es que la misma se presentó con confianza y pude obtener un poco más de información.

No. de sesiones: 2 Inasistencias 1



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- CAMPUS EL NARANJO

PRACTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre de alumno: Lubia Araceli Orellana López

Fecha: Agosto de 2010 Institución de práctica: Liga Pro Salud del Pueblo

INFORME MENSUAL MES DE AGOSTO

II. Nombre de paciente: Manuel De Jesús

Motivo de consulta: problemas de desobediencia, rebeldía, desorden no le gusta cooperar con su mamá.

Diagnóstico: problemas de conducta ya que se muestra con desobediencia hacia su madre, el paciente tiene problemas por motivo que el vio y recibió maltrato intrafamiliar ya que su padre era alcohólico y les llegaba a golpear a su madre, y el paciente fue afectado a nivel emocional.

Avances del mes de julio de 2010, llegaron con un retraso de 15 minutos ya que me informaron que almorzó bien y se bañó antes de llegar a la clínica y me dijo que se sentía bien que había pasado una semana tranquila en el colegio y en su casa y que ya estaba comiendo bien de una manera sana trabajamos con las técnicas proyectivas tales como la figura humana, el de la familia y el árbol.

Avances del mes de agosto

El paciente Manuel se presentó con una dinámica diferente en relación a su conducta, la madre refirió que el horario que se le estableció lo esta cumpliendo con facilidad y se esta durmiendo más temprano de lo acostumbrado, ya existe una relación madre hijo con más comunicación e incluso me llevó las notas de colegio y sacó 5 notas de 100 puntos y me comentó que quiere ser en el futuro un Arquitecto. También me dibujó una casa donde el quiere vivir. Trabajamos la técnica del perdón en ambos madre he hijo y fue exitosa. Refiere que hace ya sus tareas sin que se le exija es ordenado en su cuarto y coopera con los oficios de la casa pera ya con agrado sin enojarse y la madre esta apoyándolo positivamente o sea refuerzo positivo.

No. de sesiones 3 Inasistencias 1

IV. Nombre de paciente: Gloria García

Motivo de consulta: Problema de tristeza, soledad se siente muy sola ya que hace cuatro años se quedó viuda y le quedaron 3 hijos y tiene problemas económicos mas ahora que hace 2 meses se quedó sin trabajo

Diagnóstico: paciente con problemas de conducta por tener un duelo no resuelto por la muerte de su esposo, por haberle quitado su empleo, por problemas económicos y por la crianza de sus hijos.

No. de sesiones 2 Inasistencias 1

Avances en el mes de agosto

La paciente Gloria denota optimismo esta buscando trabajo con ánimo esta llevando su Currículo a varias partes esperando respuesta de algo.

Comentó que ayuda en los oficios domésticos a su madre y que están escuchando música suave y alegre y esta ocupada en los trabajos de su casa de su casa y que ya no pasa enojada ya que no le queda tiempo para enojarse. También tiene el apoyo de sus hijos y están yendo a la iglesia evangélica, se esta trabajando técnicas de relajación y de actividades en su casa donde participe toda la familia para lograr convivencia familiar para trabajar con la tristeza se trabajó la técnica de la silla vacía para despedida con su esposo y fue efectiva.

La paciente con la ayuda que está recibiendo para los estudios de su hijo Manuel esta muy agradecida y refiere que le ha cambiado su forma negativa de ver las situaciones. También refiere que esta saliendo con un amigo que ya resolvió su duelo por su esposo que murió hace 4 años y comenta que quiere rehacer su vida con esta nueva relación

IV. Nombre de la paciente: Velveth Galindo

Fecha de nacimiento: 25 de junio 1959

Edad: 51

Estado Civil: Unida

Escolaridad: Bachillerato, actualmente (Instituto Comunitario)

Profesión: Estudiante

Dirección: 9na Av. 6-25 zona 8

Tel. 24407161

Referido: por Pro-Salud de Pueblo.

Motivo de la Consulta:

“Mi esposo no me permite continuar con mis estudios; estoy atravesando este problema; ya que dejé de estudiar tuve a mis hijos y pará luego seguí en bachillerato y ahora que ya voy en medio año para culminar mi carrera mi esposo quiere que deje de estudiar y que le ayude a trabajar y me esta presionando y me está obligando a dejar de estudiar”

Tiene 3 meses de inicio del problema; y anteriormente el esposo estaba de acuerdo con el inicio de los estudios.

Área Económica: Presentan dificultades, especialmente en los negocios. El tiene una constructora

Diagnóstico no determinado es muy pronto no hay la suficiente información

Primera consulta, cuando se terminó la consulta ya iba con otras emociones positivas

No. de sesiones 2 Inasistencias 1

Avances del mes de Agosto

No. de sesiones 3 Inasistencias 1

La paciente habló con su esposo y le explicó de otras opciones para no dejar de estudiar, y le hizo un cálculo de todo el dinero que ya habían gastado entonces el se quedó pensando y fue cuando el accedió a que termine sus estudios ya que comprendió que si ella se gradúa le ayudará y le será de mucho apoyo. Comentó que había otras posibilidades, entonces la paciente está realizada y que se dio cuenta de la importancia de visitar a una psicóloga.

La paciente está realizada porque está apunto de graduarse, refiere que gracias a la intervención psicológica su esposo se convenció de lo equivocado que estaba ya que solo por un capricho de el su esposa iba a perder todo el esfuerzo que ya había realizado. Ahora el dice

que ya puede aconsejar a otros esposos que antes de tomar la última decisión que visiten a una psicóloga o psicólogo.

Está trabajando con su esposo en todos sus tiempos libres y ha mejorado su relación en cuanto a sus relaciones maritales.

Capítulo IV

4.1 Presentación de resultados

4.1.1 Introducción

En este capítulo se presentan los siguientes resultados que se observaron a través de la práctica profesional dirigida realizada durante el período de febrero a septiembre en la Liga Pro Salud del Pueblo se describen los logros y limitaciones que se dieron durante el trabajo de campo, en donde se realizaron diferentes intervenciones terapéuticas individuales y familiares, y se describe a través de gráficas y las explicaciones de las mismas.

4.2 Programa de atención a casos

4.2.1 Logros

- Los logros obtenidos en la Liga Pro Salud del pueblo se obtuvieron a través de aplicar todos los conocimientos adquiridos en la Universidad Panamericana de Guatemala.
- Se atendieron personas que acudieron a Liga Pro Salud del pueblo con diferentes necesidades a cada uno se le atendió individualmente como familiar en caso lo ameritara.
- Se atendieron niños, jóvenes, adultos y tercera edad teniendo como resultados positivos a beneficio personal de cada uno de ellos.
- La Liga Pro Salud del pueblo expresó la importancia de que exista un centro de atención psicológico para poder brindar apoyo y ayuda a la población Guatemalteca.

4.2.2 Limitaciones

- Factor tiempo de la practicante
- Factor económico en el centro de práctica

4.2.3 Conclusiones

- La atención de casos atendidos se concluyó satisfactoriamente tanto para el paciente como para la terapeuta.
- La Liga Pro Salud del pueblo manifestó con satisfacción el alcance de los objetivos planificados, expuestos por la practicante.

4.2.4 Recomendaciones

- Implementar un centro de atención psicológica en la Liga Pro Salud del pueblo.
- Tener el personal calificado para atender a los pacientes que lleguen a La Liga Pro Salud del pueblo en crisis que necesiten atención inmediata.
- Solicitar ayuda a diferentes organizaciones nacionales, internacionales y privadas.

4.3 Programa de elaboración de proyectos de salud mental

4.3.1 Talleres

Motivar a los profesionales y al personal que labora en el Centro de Prácticas (Liga de Pro-Salud del Pueblo) a un mejor desempeño en sus labores desarrollando sus habilidades y competencias.

Objetivo general del tema: dirigido a:

Población a la que se dirige: Profesionales de la medicina y Personal administrativo

Edades: Jóvenes y adultos

Status Social: Clase Media

Programa de actividades para el desarrollo de talleres

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLE
<p>Lograr que los profesionales y al personal que labora en el Centro de Prácticas (Liga de Pro-Salud del Pueblo) desarrollen la inteligencia emocional para la mejor atención en los pacientes.</p> <p>Que el personal aprenda a dar los primeros auxilios psicológicos.</p> <p>Que el personal aprenda técnicas de autocontrol y regulación.</p>	<p>Talleres</p> <p>Tema 1 Inteligencia Emocional.</p> <p>Tema 2 Primeros Auxilios Psicológicos.</p> <p>Tema 3 Técnicas de Auto Control y Auto Regulación</p>	<p>Talleres</p> <p>Por cada tema a tratar se entregará un documento escrito con un resumen del tema después de haber sido expuesta la exposición del mismo; así mismo se pedirá que los participantes elaboren un ejercicio en forma escrita y luego se harán comentarios y se sacará una conclusión.</p> <p>Se realizarán las diferentes técnicas donde el personal participará de manera activa.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación Power Point 2. Resumen escrito 3. Actividades a Realizar con los participantes 4. Realización de FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y amenazas) Realización de P N I (Positivo, negativo e interesante) <p>Donde cada uno de los participantes comentara de sus experiencias.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Técnica de Relajación la <i>Inhalar Exhalar</i> con la idea que cuando se presente un caso de emergencia utilicen esta técnica para poder enfrentarse. 	<p>45 minutos. C/M</p>	<p>Practicante: Lubia Orellana</p>

4.3.1.1 Taller 1: Inteligencia emocional

La inteligencia emocional es la capacidad para reconocer sentimientos propios y ajenos, y la habilidad para manejarlos. El término fue popularizado por Daniel Goleman, con su célebre libro: *Emocional Intelligence*, publicado en 1995. Goleman estima que la inteligencia emocional se puede organizar en cinco capacidades: conocer las emociones y sentimientos propios, manejarlos, reconocerlos, crear la propia motivación y gestionar las relaciones.

En 1983, Howard Gardner, en su Teoría de las inteligencias múltiples *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences* introdujo la idea de incluir tanto la inteligencia interpersonal (la capacidad para comprender las intenciones, motivaciones y deseos de otras personas) y la inteligencia intrapersonal (la capacidad para comprenderse uno mismo, apreciar los sentimientos, temores y motivaciones propios). Para Gardner, los indicadores de inteligencia, como el CI, no explican plenamente la capacidad cognitiva. Por lo tanto, aunque los nombres dados al concepto han variado, existe una creencia común de que las definiciones tradicionales de inteligencia no dan una explicación exhaustiva de sus características.

La región más primitiva del cerebro es el tronco encefálico, que regula las funciones vitales básicas, como la respiración o el metabolismo, y lo compartimos con todas aquellas especies que disponen de sistema nervioso, aunque sea muy rudimentario. De este cerebro primitivo emergieron los centros emocionales que, millones de años más tarde, dieron lugar al cerebro pensante: el neocórtex. El hecho de que el cerebro emocional sea muy anterior al racional y que éste sea una derivación de aquél, revela con claridad las auténticas relaciones existentes entre el pensamiento y el sentimiento.

La Memoria Emocional

Las opiniones inconscientes son recuerdos emocionales que se almacenan en la amígdala. El hipocampo registra los hechos puros, y la amígdala es la encargada de registrar el «clima emocional» que acompaña a estos hechos. Para LeDoux: «el hipocampo es una estructura fundamental para reconocer un rostro como el de su prima, pero es la amígdala la que le agrega el clima emocional de que no parece tenerla en mucha estima». Esto significa que el cerebro dispone de dos sistemas de registro, uno para los hechos ordinarios y otro para los recuerdos con una intensa carga emocional.

El Gestor de las emociones

La amígdala prepara una reacción emocional ansiosa e impulsiva, pero otra parte del cerebro se encarga de elaborar una respuesta más adecuada. El regulador cerebral que desconecta los impulsos de la amígdala parece encontrarse en el extremo de una vía nerviosa que va al neocórtex, en el lóbulo prefrontal. El área prefrontal constituye una especie de modulador de las respuestas proporcionadas por la amígdala y otras regiones del sistema límbico, permitiendo la emisión de una respuesta más analítica y proporcionada. El lóbulo prefrontal izquierdo parece formar parte de un circuito que se encarga de desconectar o atenuar parcialmente los impulsos emocionales más perturbadores.

Las emociones son importantes para el ejercicio de la razón. Entre el sentir y el pensar, la emoción guía nuestras decisiones, trabajando con la mente racional y capacitando o incapacitando al pensamiento mismo. Del mismo modo, el cerebro pensante desempeña un papel fundamental en nuestras emociones, exceptuando aquellos momentos en los que las emociones se desbordan y el cerebro emocional asume por completo el control de la situación. En cierto modo, tenemos dos cerebros y dos clases diferentes de inteligencia: la inteligencia racional y la inteligencia emocional y nuestro funcionamiento vital está determinado por ambos.

La Inteligencia Académica tiene poco que ver con la vida emocional, las personas más inteligentes pueden hundirse en los peligros de pasiones desenfrenadas o impulsos incontrolables. Existen otros factores como la capacidad de motivarse y persistir frente a decepciones, controlar el impulso, regular el humor, evitar que los trastornos disminuyan la capacidad de pensar, mostrar empatía, etc., que constituyen un tipo de Inteligencia distinta a la Racional y que influyen más significativamente en el desempeño en la vida.

El concepto de "Inteligencia Emocional" enfatiza el papel preponderante que ejercen las emociones dentro del funcionamiento psicológico de una persona cuando ésta 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.

Naturaleza de la Inteligencia Emocional

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.

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

4.3.1.2 Taller 2 Primeros Auxilios Psicológicos.

Una de las problemáticas de salud pública más compleja para su abordaje, es aquella relacionada con los padecimientos de salud mental de la población. Lograr que ésta alcance los niveles deseables para una buena interacción de los individuos, es una tarea constante de las instituciones oficiales, de organismos gubernamentales y de profesionales independientes

que ofrecen servicios asistenciales y terapéuticos. Para ello, la participación de los profesionales de la salud y de la educación debe ser atingente e inmediata para evitar problemáticas cada vez más graves.

Los *Primeros Auxilios Psicológicos* han tenido un proceso conceptual evolutivo y constructorista de poco tiempo. En la Ciudad de Santiago de Querétaro, Querétaro, México, desde el año de 1995 se han compilado materiales y se procura la formación de especialistas que ofrezcan una intervención urgente y un tratamiento corto a personas que pasen por una situación emocional crítica. Las bondades del Modelo propuesto permite ser utilizado, como primera ayuda emocional, por personas que no cuenten con una formación profesional en el área de la salud mental; esto es, por maestros, orientadores, padres de familia y jóvenes. El procedimiento de ayuda, utilizado por este grupo poblacional, tiene sus delimitaciones para proteger el mal uso del modelo y sólo se destacan elementos básicos para la primera ayuda emocional: *Los Primeros Auxilios Emocionales*.

Las Crisis

En determinado momento de la vida, de casi todos los seres humanos, se presentan una serie de sucesos que llevan a enfrentar un estado de crisis emocional, la cual, de no ser resuelta adecuadamente, los ubicaría en riesgo de padecer graves problemas psicológicos. La intervención con el uso de *Primeros Auxilios Psicológicos* resulta tan atingente como la de un paramédico cuando procede a detener una hemorragia arterial y deja a posteriori, un tratamiento de recuperación de hemoglobina.

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del sujeto para manejar (emocional y cognitivamente) situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Una persona que atraviesa por un estado de crisis se encuentra en una etapa vitalmente importante para continuar el curso de su vida. No importa qué tipo de crisis sea, el evento es emocionalmente significativo e implica un cambio radical en su vida. El individuo enfrenta un problema ante el cual sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa usuales no funcionan. El problema rebasa sus capacidades de resolución y por lo mismo se

encuentra en franco desequilibrio. Como resultado de todo esto la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad, lo cual la inhabilita aún más para encontrar una solución.

La intervención llevada a cabo por profesionales de la Salud Mental, puede ofrecer una ayuda inmediata para aquellas personas que atraviesan por una crisis y necesitan restablecer su equilibrio emocional.

Se trata, generalmente, de una *terapia breve* cuyo principal objetivo es dar apoyo ayudando a la persona en el preciso momento en que ésta lo requiere o solicita.

1. La capacidad de la persona para tolerar el estrés y la ansiedad, sin perder el equilibrio.
2. El grado que tiene la persona para reconocer la realidad y enfrentar los problemas.
3. El repertorio de mecanismos que tiene la persona y que mantienen su equilibrio biopsicosocial.

Principios Clínicos de la Intervención en Crisis

- Oportunidad: La terapia breve de urgencia con tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis; el proceso de ayuda para que las personas puedan recuperar el equilibrio después del incidente puede tomar de 1 a 6 semanas (Caplan, 1964). Puesto que la experiencia de crisis es un período de alto riesgo para la persona como para su familia, se requiere que la ayuda esté disponible de modo inmediato y en una ubicación de fácil acceso. El énfasis en la oportunidad se calcula para reducir el peligro y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar un nuevo planteamiento (lo mismo de actitud que conductual) para enfrentarse con las circunstancias de la vida.
- Metas: ayudar a la persona a recuperar un nivel de funcionamiento equilibrado que tenía antes del incidente que precipitó la crisis o potencialmente creativo que le permita superar el momento crítico.
- Valoración: Es importante que la valoración abarque tanto la fortaleza como la debilidad de cada una de los sistemas (CASIC) implicados en la crisis. La información acerca de qué está mal en la vida de una persona (como el desmoronamiento de la relación matrimonial) se complementa con la información acerca de qué es aún funcional (como un

sistema red de amigos). Las fuerzas y recursos sociales pueden y deben utilizarse para ayudar a una persona a arreglárselas con la crisis.

Intervención de Primera y Segunda Instancia

Podemos comenzar por describir los Primeros Auxilios Psicológicos, o de intervención en crisis, de primera instancia, que abarca la asistencia inmediata y de modo usual lleva sólo una sesión. Los Primeros Auxilios Psicológicos pretenden de manera primordial proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda. Aún más esto puede y debería ejecutarse por parte de las personas que perciban la necesidad primero, en el momento y lugar en que aquella surge. Se puede instruir a los hijos o estudiantes, del mismo modo que ahora sabe dar primeros auxilios físicos en situaciones de urgencia.

La intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis, por otra parte, se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y, en cambio, se encamina a la resolución de la crisis de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida. El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor preparado para encarar el futuro.

CARACTERÍSTICAS	INTERVENCIÓN EN CRISIS DE 1ª INSTANCIA: PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS	INTERVENCIÓN EN CRISIS DE 2ª INSTANCIA: TERAPIA MULTIMODAL
¿Por cuánto tiempo?	De minutos a horas.	De semanas a meses.
¿Por parte de quién?	Protectores de vanguardia (Padres de familia, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras trabajadores sociales, maestros, estudiantes líderes, supervisores, etc.)	Psicoterapeutas y orientadores terapeutas (Formación en Salud Mental: psicología, psiquiatría, trabajo social, consejería pastoral, enfermería, orientadores vocacionales, etc.)
¿Dónde?	Ambientes comunitarios: hospitales, iglesias, hogares, escuelas, ambientes de trabajo, líneas telefónicas de urgencia, etc.	Ambientes para terapia/orientación: clínicas, centros de salud mental, centros abiertos al público, iglesias, oficina escolar, etc.
¿Cuáles son las metas?	Restablecer el enfrentamiento inmediato: dar apoyo de contención; reducir la mortalidad y enlazar con recursos profesionales de ayuda (Terapia Multimodal o Asistencia Médica).	Resolver la crisis, reelaborar o translaborar el incidente de crisis; integrar el incidente de trauma de vida; establecer la apertura/disposición para afrontar el futuro.
¿Cuál es el procedimiento?	Los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos.	Terapia multimodal para crisis (CASIC).

Modelo para Intervenir en Crisis

I. Intervención en Primera Instancia: La meta principal de los primeros auxilios psicológicos es restablecer el enfrentamiento inmediato. El objetivo primario es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el afrontamiento con la crisis, lo cual incluye el control de los sentimientos o los componentes subjetivos de la situación, y comenzar el proceso de solución del problema.

Existen Tres Sub-metas:

1. Proporcionar apoyo
2. Reducir la mortalidad
3. Proporcionar enlace con fuentes de asistencia: 5 Componentes de los Primeros Auxilios Psicológicos

Realización del contacto psicológico: Se define este primer contacto como empatía o "sintonización" con los sentimientos de una persona durante una crisis. La tarea primaria es escuchar cómo la persona en crisis visualiza la situación y se comunica cualquiera que sea el entendimiento que surja. A si mismo, se debe invitar a la persona a hablar, escuchar lo mismo de lo que paso (los hechos) y la reacción de la persona ante el acontecimiento (sentimientos), establecer lineamientos reflexivos, y así cuando los sentimientos están presentes de manera obvia (señales no verbales).

¿Qué hacer? y ¿qué no hacer? en los Primeros Auxilios Psicológicos

COMPONENTES	QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
1. Contacto	Escuchar de manera cuidadosa refleja sentimientos y hechos Comunicar aceptación.	Contar tu "propia historia" Ignorar sentimientos o hechos Juzgar, regañar o tomar partido
2. Dimensiones del problema	Plantear preguntas abiertas Llevar a la persona a una mayor claridad Evaluar la mortalidad	Depender de preguntas de si/no Permitir abstracciones continuas. Soslayar las señales de "peligro" Dar la razón del "problema"
3. Posibles soluciones	Alentar la lluvia de ideas Trabajar de manera directa por bloques Establecer prioridades	Permitir la visión de pasar por un túnel Dejar obstáculos sin examinar Permitir una mezcolanza de necesidades
4. Acción concreta	Dar un paso cada vez Establecer metas específicas de corto plazo Confrontar cuando sea necesario Ser directivo, sólo si debes serlo	Intentar resolverlo todo ahora Tomar decisiones que comprometan por largo tiempo Ser tímido o prometer cosas Retraerse de tomar decisiones cuando parezca necesario
5. Seguimiento	Hacer un convenio para recontactar Acordar un segundo encuentro Evaluar los pasos de acción	Dejar detalles en el aire o asumir que el paciente continuará la acción de plan por sí mismo Dejar la evaluación a alguien más

II. Intervención de Segunda

Terapia multimodal para crisis: Concepto: Se define como la traslaboración del incidente de crisis de modo que éste se integre de manera funcional en la trama de la vida, para dejar al paciente abierto, antes que cerrado, para encarar el futuro. La terapia multimodal evalúa cada caso en sus cinco áreas y sus relaciones mutuas. Dependiendo del tipo de relación que se establezca entre ellas y de su secuencia de funcionamiento o activación se buscará una estrategia de tratamiento adecuado.

Funcionamiento CASIC previo a la Crisis

Una breve historia acerca del desarrollo es necesaria, a fin de apreciar de modo completo la desorganización y el desequilibrio que sigue a un incidente precipitante particular, lo mismo

si es un golpe severo aislado, como la pérdida de un ser querido o una relativamente menor es la gota que derrama el vaso después de una acumulación de tensiones.

La valoración de funcionamiento CASIC de la persona, inmediatamente anterior a la crisis incluye el énfasis en lo siguiente:

1. Los medios anteriores para enfrentar y resolver problemas
2. Los recursos personales y sociales más patentes
3. Las fortalezas y debilidades más notables en el funcionamiento CASIC
4. Conflictos irresueltos o asuntos inconclusos que pudieran reactivarse por el incidente
5. Relativa satisfacción o insatisfacción con la vida
6. La etapa del desarrollo previa a la crisis
7. Excedentes y carencias en cualquiera de las áreas de funcionamiento CASIC
8. Metas y estructuras vitales para lograr objetivos
9. Bondad del ajuste entre el estilo de vida y los supra-sistemas familia, grupos sociales, la comunidad, la sociedad, instituciones
10. Otras tensiones anteriores al incidente

Funcionamiento CASIC durante la Crisis

El principal objetivo aquí es determinar (evaluar) el impacto del incidente precipitante en las cinco áreas del funcionamiento CASIC del individuo:

Conductual:

1. ¿Cuáles actividades (acudir al trabajo, a la escuela, dormir, comer y así sucesivamente) han sido las más afectadas por el incidente de crisis?
2. ¿Cuáles áreas no han sido afectadas por la crisis?
3. ¿Cuáles conductas se han incrementado, fortalecido o dañado por la crisis?
4. ¿Cuáles estrategias de afrontamiento se han intentado, y cuál fue el relativo éxito/fracaso de cada uno?

Afectiva:

1. ¿Cómo se siente la persona con las secuelas del incidente de crisis? ¿Airado? ¿Triste? ¿Deprimido? ¿Aturdido?
2. ¿Se expresan libremente los sentimientos o se mantienen ocultos? ¿Los sentimientos expresados son los adecuados en el manejo de la persona?
3. ¿El estado afectivo da algunas claves como para la etapa de translaboración de las crisis?

Somática:

1. ¿Existen molestias físicas asociados con el incidente de crisis? ¿Es esto una reactivación de problemas anteriores o es algo "totalmente nuevo"?
2. Si la crisis proviene de una pérdida física (pérdida de un miembro corporal, cirugía, enfermedad), ¿Cuál es la naturaleza exacta de la pérdida, y cuáles son los efectos de ésta sobre otros funcionamientos del organismo?
3. ¿Hay antecedentes de uso de drogas o sustancias que participan en el estado de crisis? ¿Requiere medicación alguna?

Interpersonal:

1. ¿El impacto de la crisis de la persona sobre el inmediato mundo social de la familia y los amigos resulta adaptativo o se encuentra en franca desadaptación?
2. ¿Es posible hacer uso de la red y de los sistemas sociales de ayuda?
3. Valorar la ayuda disponible de la familia o los amigos
4. ¿Cuál es la actitud interpersonal que se adopta durante el tiempo de la crisis, por ejemplo, aislamiento, dependencia, etc.?

Cognoscitiva:

1. Las expectativas o metas vitales perturbadas por el incidente de crisis
2. Las reflexiones o pensamientos introspectivos usuales
3. El significado del incidente precipitante en la parcialidad y totalidad de la vida
4. Presencia de los "debería", tales como "yo debería haber sido capaz de manejar esto"
5. Patrones ilógicos de pensamiento acerca de resultados inevitables

6. Los patrones usuales para hablarse a sí mismo
7. El estado del dormir
8. Imágenes de una fatalidad inminente
9. Fantasías destructivas

4.3.1.3 Taller 3 Técnicas de auto control y auto regulación

Las técnicas de relajación están especialmente indicadas en los trastornos de tipo psicossomático y en todas aquellas alteraciones en que la ansiedad o angustia es la que provoca los desórdenes funcionales. El objetivo fundamental de los métodos de relajación (técnicas de relajación) consiste en la producción, bajo control del propio sujeto, de estados de baja activación del sistema nervioso autónomo. Estos estados de baja activación se logran como una consecuencia del establecimiento de determinadas actitudes y actividades cognitivas. Su logro repercutirá en un mayor autocontrol de sus conductas emocionales,

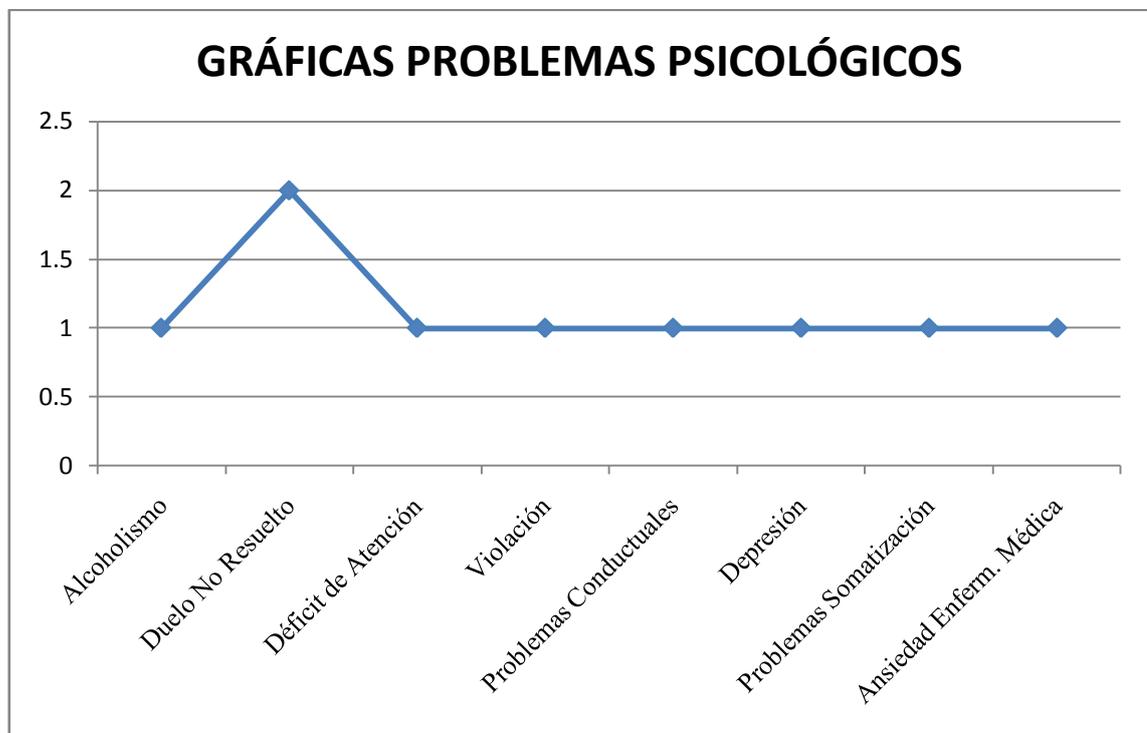
Las técnicas de relajación es mejor hacerlos en una habitación con poco ruido y poca luz, preferiblemente en una postura de decúbito supino (boca arriba) sobre una cama. Sin embargo, algunos de los ejercicios pueden hacerse sentado y en condiciones de ruido y luminosidad variables.

Método de Representaciones Numéricas

El método de representaciones numéricas tiene como objetivo conseguir un correcto autocontrol psicoemocional en situaciones estresantes puntuales.

Esta técnica de relajación rápida y sencilla para disminuir la ansiedad consiste en representar mentalmente el número 10.000, preferiblemente de forma que quede dibujado como en una pizarra en el campo de la conciencia. Se le restan dos unidades a este número y representamos el número resultante, eso es el 9.998. Se restan otras dos unidades y se representa el número resultante siguiente. Se debe realizar esta técnica de relajación repetidamente durante 15 minutos, hasta que los pensamientos negativos desaparezcan de nuestra mente.

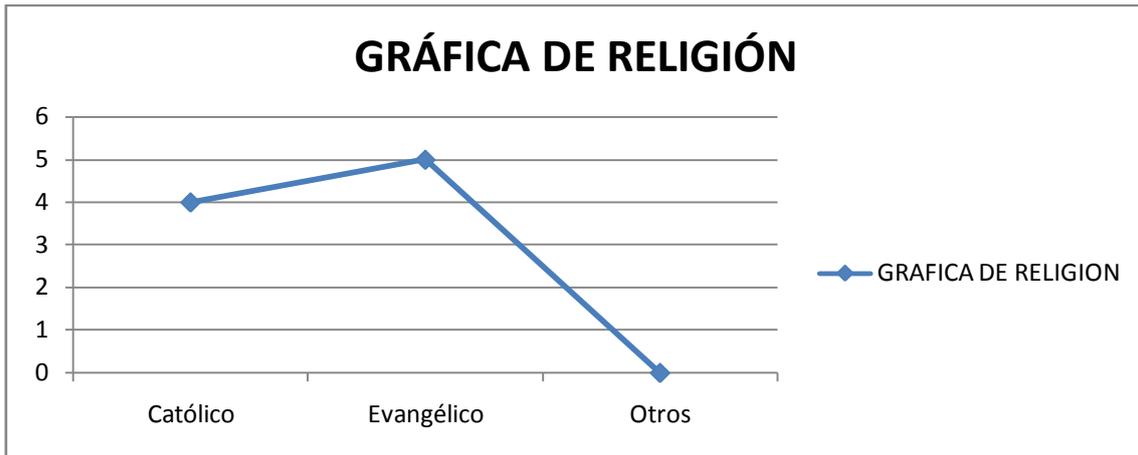
4.4 Gráficas y análisis de resultados



Fuente:

4.4.1 Análisis de resultados

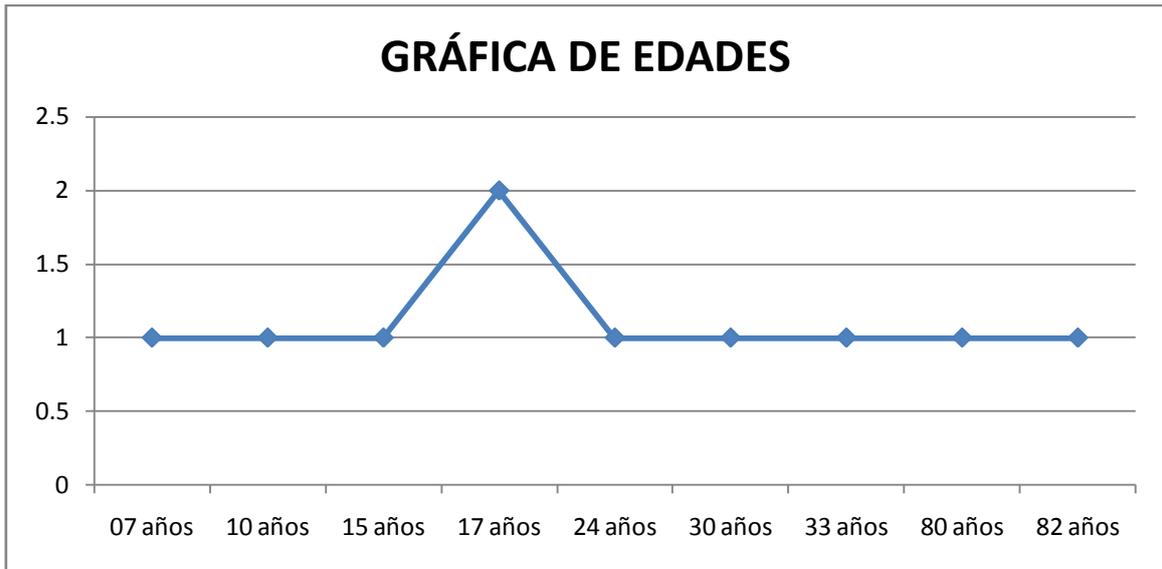
En la práctica supervisada se tubo un caso de problemas de alcoholismo por negligencia en la infancia donde se hubo un resultado positivo, dos personas con duelo no resuelto una por muerte del esposo, y otro por muerte de su esposa, los cuales se dieron a nivel de adultos, déficit de atención referido por abuela lamentablemente este caso no se le terminó el proceso. El motivo es porque el niño vivía con abuelos paternos y no tenían el tiempo disponible, un problema de violación, problemas conductuales tales como desobediencia, desorden, depresión por duelo no resuelto, problema de so matización ya que, se le realizaron todos los exámenes médicos y se pudo constatar que no había enfermedad médica se refirió a psiquiatría, ansiedad por causa de enfermedad médica y por soledad ya que es una persona de tercera edad.



Fuente:

4.4.2 Análisis de gráfica de religión

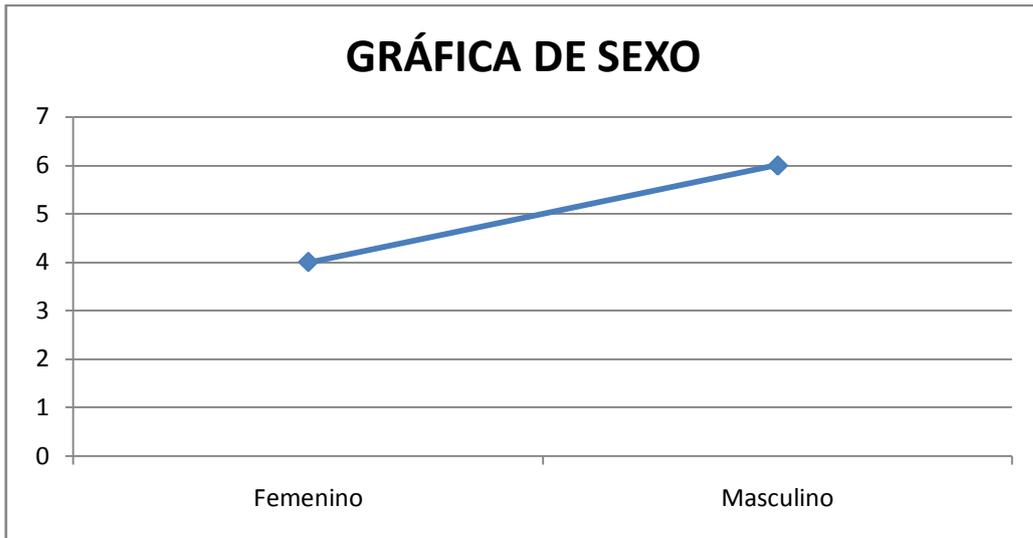
La liga Pro Salud del Pueblo atiende a toda persona no importando religión, creencia o credo por lo que se atendió a la población católica el 40%, a la población evangélica el 50%



Fuente:

4.4.3 Análisis de gráfica por edades

En La Liga Pro Salud del Pueblo se atendieron niños desde los 7 años, 10 años, 15 años, 17 años, 24 años, 30 años, 33 años, 80 años y 82 años, quienes recibieron la ayuda y el apoyo que necesitaban de una manera eficiente en beneficio del paciente y satisfacción profesional de la practicante.



Fuente:

4.4.4 Análisis de gráfica de sexos femenino y masculino

La siguiente gráfica muestra el porcentaje por género de personas que fueron atendidas en la Liga Pro Salud del Pueblo, nos podemos dar cuenta las necesidades que se están dando en Guatemala en cuanto a que necesitan el apoyo psicológico tanto mujeres como hombres, aquí nos muestra que el 40% de los que se atendieron fueron mujeres y el 60% fueron hombres.

4.5 Análisis de datos

4.5.1 Gráfica uno

Análisis de resultados

En la práctica supervisada se tuvo un caso de problemas de alcoholismo por negligencia en la infancia donde hubo un resultado positivo, dos personas con duelo no resuelto una por muerte del esposo, y otro por muerte de su esposa, los cuales se dieron a nivel de adultos; déficit de atención referido por abuela lamentablemente este caso no se le terminó el proceso motivo el niño vivía con abuelos paternos y no tenían el tiempo disponible, un problema de violación, problemas conductuales tales como desobediencia, desorden, depresión por duelo no resuelto problema de so matización ya que se le realizaron todos los exámenes médicos y se pudo constatar que no había enfermedad médica se refirió a psiquiatría, ansiedad por causa de enfermedad médica y por soledad ya que es una persona de tercera edad.

4.5.2 Gráfica dos

Análisis de gráfica de religión

La liga Pro salud del Pueblo atiende a toda persona no importando religión creencia o credo por lo que se atendió a la población católica el 40%, a la población evangélica el 50%.

4.5.3 Gráfica tres

Análisis de gráfica por edades

En La Liga Pro salud del Pueblo se atendieron niños desde los 7 años, 10 años, 15 años, 17 años, 24 años, 30 años. 33 años 80 años y 82 años: quienes recibieron la ayuda y el apoyo que necesitaban de una manera eficiente en beneficio de paciente y satisfacción profesional de la practicante.

4.5.4 Grafica cuatro

Análisis de gráfica de sexos: femenino y masculino

La siguiente gráfica muestra el porcentaje por género de personas que fueron atendidas en la Liga Pro Salud del Pueblo, nos podemos dar cuenta las necesidades que se están dando en Guatemala en cuanto a que necesitan el apoyo psicológico tanto mujeres como hombres, aquí nos muestra que el 40% de los que se atendieron fueron mujeres y el 60% fueron hombres.

4.6 Muestra de resultados de casos atendidos

Guía para la elaboración del Informe de psicológico

Datos generales

Fecha de inicio:

Datos personales

Nombre: Efraín Gonzales Sexo: Masculino .

Fecha de nacimiento: 21 de abril 1928 Edad: 82 años .

Nacionalidad: norteamericana Idioma natal: español .

Escolaridad: universitario Religión: católico .

Profesión: Jubilado Estado Civil: viudo .

Dirección: Mixco Zona 4

Teléfono: _____ Celular: _____

Referido por: Dr. Carlos

Informe de evaluación

Fecha de inicio del proceso terapéutico: 17/03/10 – 25/03/10- 08/4/10 - 06/5/10

Motivo de consulta

Tristeza por la muerte de su esposa, miedo y temor a la cultura guatemalteca

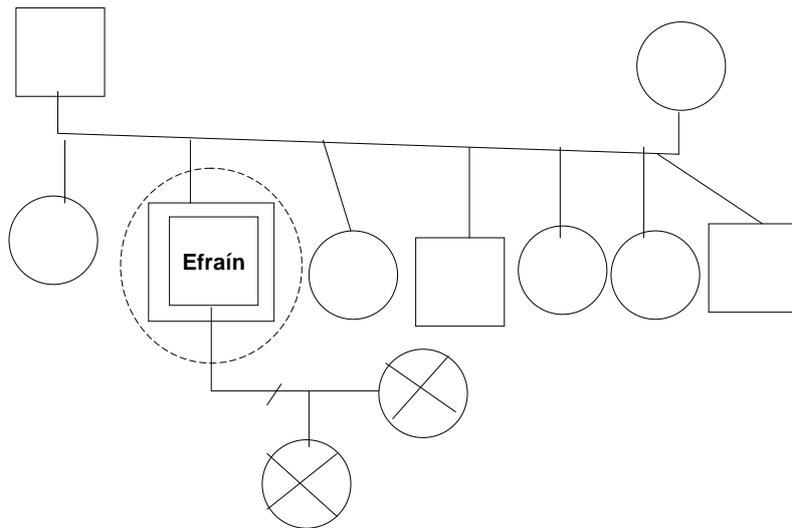
Historia del problema actual Paciente Efraín de 82 años nacionalidad norteamericana de procedencia de padres mexicanos; quien contrajo matrimonio con una guatemalteca a los 36 años, quienes regresaron a vivir a los 80 años a Guatemala y que era el sueño de su esposa. Hace 1 año que murió su esposa, lo que ocasiona en el paciente problemas de tristeza; ya que era un matrimonio unido y estable aproximadamente 50 años de casados. La soledad le esta afectando y el temor de salir solo ya que le da temor la violencia, la cultura guatemalteca.

Historia clínica

Paciente sano. Con buen goce de salud sin diagnóstico determinado ya que refiere que ha tenido una vida muy agradable en cuanto a salud solo tuvo los chequeos de rutina en cuanto a vacunas, ha sido una persona que siempre ha hecho ejercicios fue entrenador de un gimnasio en los EEUU, buena alimentación balanceada ha dormido bien ha sido sano físicamente emocional e intelectual; no obstante, desde que murió su esposa ha tenido problemas de sueño y no ha comido bien.

Historia familiar

Genograma



Estructura familiar:

El paciente procede de una familia extensa, con una dinámica distante. Sus padres siempre estuvieron ocupados en sus negocios nunca le dedicaron el tiempo a sus hijos e hijas y los hermanos y hermanas no fueron unidos cada uno por su lado. El se casó y refiere que tuvo un matrimonio muy bonito ya que fueron siempre unidos y estaban pendientes ambos de cualquier necesidad, tenían una buena comunicación y apoyo mutuo.

Antecedentes familiares:

Familia trabajadora; matrimonio de cincuenta años familia numerosa longeva promedio de vida 75 años como podemos ver que el paciente tiene 82 años de vida, no obstante refiere el paciente que no hubo una unidad familiar ya que los padres eran muy trabajadores y se dedicaron mas al trabajo que a la crianza de sus hijos. El paciente refiere que tuvo una familia y fueron bien unidos hasta que la muerte los separó refiere que nunca existió otra mujer en su vida, y que el solo se dedicó a ella.

Una familia unida con mucha comprensión y amor que vivieron con una estabilidad emocional, económica y con salud.

Especificar cualquier antecedente familiar relacionado con problemas mentales: Ninguno estables emocional, mental y físico toda su familia

Examen del estado mental

Paciente colaborador, mantiene contacto visual de una apariencia limpio y elegante con buena postura a pesar de su edad no usa lentes, constantes solo de lectura, se le ve físicamente sano con una piel bien cuidada; maneja carro, tractor, fue instructor de gimnasio es una persona que siempre ha tenido el tiempo necesario para hacer ejercicios, con una actitud coherente, con un lenguaje fluido, con una conciencia alerta. Persona con muchas capacidades intelectuales.

Presentación (descripción general):

- a) Nivel de conciencia: adecuada a sus pensamientos y a sus sentimientos; alerta.
- b) Aspecto General: apariencia personal, peso inadecuado por problemas de falta de apetito, altura e higiene adecuado a su edad.
- c) Actitud: el paciente durante la entrevista colaboró, con una actitud amable produciéndose un buen insight.

Conducta motora y estado afectivo:

Conducta motora: Buen desenvolvimiento en las actividades psicomotoras; ya que fue un atleta de joven; siendo entrenador de gimnasio.

Estado cognoscitivo

Atención: Capacidad de atención no se distrae

Memoria: a corto mediano y largo tiempo y fotográfico

Estado de ánimo: el estado de ánimo durante la entrevista se observó tristeza dolor y cambió el tono de voz, se le notó estado de ansiedad, desesperanza y desconfianza.

Cuando se trataba del tema de su esposa y desconfianza en cuanto al ambiente que maneja en Guatemala ya que, refiere que en EE.UU. es un país estable en cuanto a la seguridad.

Resultados de las pruebas (Cuantitativos y Cualitativos)

Test de la Familia

Efraín trabaja espontáneamente con buena disposición pregunta si yo fuera joven lo hiciera más rápido. Existe primitivismo maneja ansiedad desarrollo emocional detenido angustia inhibición afectiva conflicto de rivalidad fraterna, negación regresión.

Dibujo a su familia, sus padres y sus 4 hermanas y 2 hermanos incluyéndose el mismo en el dibujo, quien refiere a una familia desunida con una dinámica distante. Proyecta una distancia entre todos sus hermanos y hermanas no existió comunicación entre ellos.

Test de la Figura Humana

Se observa a través de los resultados de la prueba, así como inhibición de la expansión vital y una fuerte tendencia de replegarse en sí mismo. Se infiere relación con expansión imaginativa, se muestra como soñador e idealista, con un mundo de fantasías, ideas y tendencias espirituales.

Los resultados de la prueba refleja sentimientos de timidez, inhibición de los instintos, sentimientos de inferioridad e inseguridad, impulsividad, percepción del mundo como amenazante y se inhibe ante él. De la misma manera, se observa posible dificultad para

conectarse con el mundo y con las demás personas. Por otro lado, se observa ansiedad asociada con sentimientos de relacionarse con otras personas.

Test del Árbol (Kart Koch)

El paciente muestra en sí mismo un grado de dificultades para conectarse con el mundo y con las demás personas, tendencia al retraimiento.

Por otro lado se infiere posible delicadeza de sentimientos, timidez e inhibición de los instintos, así como se observa una posible relación con la expansión imaginativa, y contacto un mundo de fantasías.

El paciente aparenta poseer ansiedad asociada con el contacto con el medio y ansiedad en relación a mantener nuevamente una relación de pareja.

Se observa posible manejo de sentimientos de inferioridad e inseguridad, así como una percepción del ambiente como amenazante, ante el cual busca inhibirse.

Finalmente, los resultados de la prueba indican inestabilidad, impulsividad, desadaptación, sentimientos intensos de inadecuación intelectual, inmadurez y regresión

Falta de confianza, ve su contorno hostil, refiere problemas de alimentación, regresión.

Demuestra en este Test regresión al pasado, falta de ánimo y ansiedad; falta de firmeza y de apoyo.

Impresión diagnóstica

En base a las pruebas aplicadas, test figura humana y de test de la familia, y la entrevista realizada al paciente Efraín Gonzales se denota lo siguiente:

El Señor Efraín presentó una problemática ante la muerte de su esposa lo que se concluye que presentaba un duelo no resuelto al no haber consignado el dolor que le había ocasionado este hecho. Este hecho, no le permitió adaptarse afectivamente al ambiente y a la cultura guatemalteca, por lo que evidenciaba sentimientos de desesperación y ansiedad, lo que alienado a los sentimientos de tristeza, derivados del duelo no resuelto, causó problemas de adaptación.

Multiaxial

EJE I: Z63.4 [V62.82] Trastornos clínicos: Duelo no resuelto.

EJE II: Z03.2 [V71.09] Sin Diagnóstico

EJE III: ninguno

EJE IV: Problemas psicosociales y ambientales: muerte de su esposa, vive en la soledad

EJE V: Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) 71.80

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

Recomendaciones

- Fortalecer los sentimientos de valía personal tales como: confianza, respeto, merecimiento, etc. actividades grupales.
- Alcanzar el fortalecimiento teórico-conceptual y dotar de herramientas prácticas para el abordaje de duelo no resuelto por la muerte de su esposa.
- Enseñarle a distraerse de las sensaciones de irritabilidad, inhibiendo emociones de tristeza, dolor, temores.
- Ejercicios de respiración, distensión muscular y relajación corporal.
- Trabajar técnica del arte.
- Realizar lecturas, tareas de casa, diario.
- Se recomienda terapia individual.

Presentación del plan terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Tristeza por muerte de su esposa	Trabajar para resolver el duelo no resuelto por muerte de su esposa	Con ejercicios de respiración y relajación corporal	Dichas técnicas se presentaran en 2 o 3 sesiones
Déficit de adaptación al medio Guatemalteco	Cambio de ideas irracionales por racionales. Trabajar conjuntamente y ver sus fortalezas, amenazas y debilidades	Trabajar con la técnica TREC y ver lo que beneficia a su persona	Muestra confianza y es colaborador en las actividades

Entrevista Directa

1. Ficha de identificación

Nombre y apellidos: Efraín Gonzales Fecha de nacimiento: 21 de abril 1928,

Edad: 82 años Sexo: Masculino

Domicilio: Mixco Zona 4 Teléfono: _____

Idioma: Español

Fecha de la entrevista: 17/03/10 Cuota: _____

Referido por: Dr. Carlos Anleu

Niños/as: 1 Hija

Nombre de ambos padres, edad y grado de instrucción:

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

• Motivo de consulta psicológica:

Tristeza por la muerte de su esposa, miedo y temor a la cultura guatemalteca

• Factores desencadenantes: hechos que produjeron el problema, tiempo en el que aparecieron, como comenzaron, por que no ha podido solucionar problemas:

- Muerte de su hija
- Muerte de su esposa.
- Problemas de adaptación en Guatemala

• Mantenedores del problema; que personas situaciones o actividades empeoran las dificultades sentidas

El ambiente en el que el se desenvuelve, Guatemala

• Tipo de personalidad: antes del problema y respuestas conductuales frente al problema

- Composición familiar: miembros que componen la familia.

(Acá es útil trabajar con genogramas)

El paciente Efraín esta integrado por 5 hermanas y 2 hermanos su madre y su padre.

Actualmente no posee ningún miembro de su familia con el cual el viva. Ya que su esposa y su hija fallecieron y vive solo en Guatemala.

- Ideación suicida y actitudes ante la vida: ha experimentado episodios de profunda tristeza, alguna vez ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida: no
- Autovaloración personal: concepto personal: (auto descripción)
- Expresión de emociones: positivas y negativas antes y después del problema.

Posterior al problema negativo pero posterior a las charlas positivas

Satisfacción y problemas sexuales: desarrollo, desempeño sexual, explorar algún tipo de dificultad

Normal

- HÁBITOS: consumo de bebidas alcohólicas y/o SPA (Sustancias Psicoactivas) comienzo y frecuencia: No

- Evaluación de actividades cotidianas:
 1. área escolar: desempeño y grado de escolaridad.
 2. área laboral: desempeño laboral.
 3. área familiar: desarrollo de las relaciones intrafamiliares. Información sobre los cuidadores primarios y hermanos o hijos.
 4. área de pareja: desarrollo de la pareja, información sobre el compañero(a).

Relaciones sociales: habilidades sociales: tiene o ha tenido dificultad para establecer relaciones interpersonales

- Red de apoyo: a qué personas le ha pedido ayuda con relación al problema:

- Breve examen mental: afecto, pensamiento, atención,...

Paciente colaborador, mantiene contacto visual de una apariencia limpio y elegante con buena postura a pesar de su edad no usa lentes, se le ve físicamente sano con una piel muy bien cuidada; maneja carro, tractor, fue instructor de gimnasio es una persona que siempre ha tenido el tiempo necesarios para hacer ejercicios, con una actitud coherente, con un lenguaje fluido, con una conciencia alerta. Persona con muchas capacidades intelectuales.

Presentación (descripción general):

- a) Nivel de conciencia: adecuada a sus pensamientos y a sus sentimientos; alerta.
- b) Aspecto General: apariencia personal, peso inadecuado por problemas de falta de apetito, altura e higiene adecuado a su edad.
- c) Actitud: el paciente durante la entrevista colaboró, con una actitud amable produciéndose un buen insight.

Conducta motora y estado afectivo:

Conducta motora: Buen desenvolvimiento en las actividades psicomotoras; ya que fue un atleta de joven; siendo entrenador de gimnasio.

Atención: Capacidad de atención no se distrae

Memoria: a corto mediano y largo tiempo

Estado de ánimo: el estado de ánimo durante la entrevista se observó tristeza dolor y cambio el tono de voz se le notó estado de ansiedad, desesperanza y desconfianza. Cuando se trataba del tema de su esposa y desconfianza en cuanto al ambiente que se maneja en Guatemala ya que refiere que en EE.UU. es un país estable en cuanto a la seguridad.

PRACTICA V 2010

HOJA DE SUPERVISION DE CASOS

Estudiante: Lubia Araceli Orellana

Fecha de supervisión: 06/03/10

Paciente: Efraín Gonzales

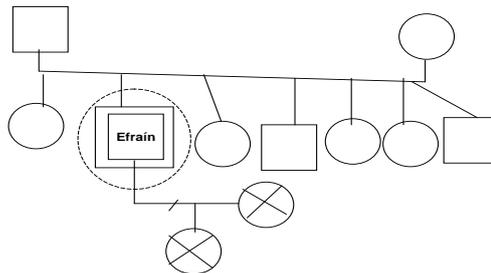
Edad: 82 años

No. Sesiones trabajadas: 3

Fase: terminada

Breve descripción de historia, motivo de consulta y genograma.

Tristeza por la muerte de su esposa, miedo y temor a la cultura guatemalteca



Recomendaciones realizadas por la supervisión / retroalimentación

- Fortalecer los sentimientos de valía personal tales como: confianza, respeto, merecimiento, etc. actividades grupales.
- Alcanzar el fortalecimiento teórico-conceptual y dotar de herramientas prácticas para el abordaje de duelo no resuelto por la muerte de su esposa.
- Enseñarle a distraerse de las sensaciones de irritabilidad, inhibiendo emociones de tristeza, dolor, temores.
- Ejercicios de respiración, distensión muscular y relajación corporal.
- Trabajar técnica del arte.

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS EL NARANJO

PRACTICA V 2010

HOJA DE REGISTRO SEMANAL

Estudiante Lubia Orellana _____ Fecha de sesión _____

Paciente: Efraín Gonzales _____ No. de sesión _____

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

Examen del estado mental del paciente

Paciente colaborador, mantiene contacto visual con ánimo triste; con un lenguaje coherente, autoestima disminuida con una conciencia alerta. Persona con muchas capacidades intelectuales.

Puntos ó áreas tratadas durante la sesión (especifique)

- Muerte de su hija
- Muerte de su esposa.
- Problemas de adaptación en Guatemala.

Sentimientos observados en el paciente y su relación con el discurso del paciente. Cambios en el transcurso de la sesión.

- Mejora en su actitud
- Cambios de alimentación y de sueño

Ideas que le transmitió el paciente.

- Relacionadas con tristeza y soledad,

Intervenciones durante la sesión y la forma en que el paciente respondió.

- Técnicas de relajación
- Técnicas del arte
- Lectura
- Dinámicas
- La silla vacía
- La Trec

Indique las técnicas utilizadas durante la sesión.

- Técnicas de relajación (Respiraciones – inhalación y exhalación / suaves y profundas)
- Técnicas de arte (Por medio de pinturas de agua en donde el paciente dibujó un paisaje)
- Técnicas del lectura (El Mapa para Alcanzar el Éxito)

Autoevaluación: describa su experiencia durante la sesión, sus sentimientos, temores...etc. durante y después de la sesión.

Al principio fue difícil ya que el paciente es norteamericano y me hizo pensar si estaba lo suficientemente capacitada para el caso.

Gracias a Dios este caso se cerró de una manera eficiente con altas expectativas de parte del paciente para seguir enfrentando su estadía aquí en Guatemala y por otra parte sana su duelo por la muerte de su esposa, me confirmó que donará a una institución 1500 muñecas que eran de su esposa y muchas cosas más, ya que el piensa seguir viajando y así poder disfrutar el tiempo que le queda de una manera positiva, tranquilo y feliz. También refiere que esta en el gimnasio y le va muy bien, retomó todas sus actividades normales.

Planes para la próxima sesión.

- Comentar sobre el libro El Mapa para Alcanzar el Éxito
- *El paciente llevará una pintura hecha por el mismo (Técnica Ocupacional)*

Eje IV: Problemas psicosociales

Verificar:

	Problemas relativos al grupo primario	Especificar: Muerte de su esposa.
	Problemas relativos al ambiente social	Especificar: no tiene actividades sociales
	Problemas relacionados con la enseñanza	Especificar: no hay
	Problemas laborales	Especificar: jubilado
	Problemas de vivienda	Especificar: no hay
	Problemas económicos	Especificar: no hay
	Problemas relativos al acceso a los servicios médicos	Especificar: no hay persona sana
	Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen	Especificar: no hay
	Otros problemas psicosociales y ambientales	Especificar

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS EL NARANJO

PRÁCTICA V- HOJA DE EVOLUCIÓN

<p>NOMBRE: <u>Lubia Orellana</u></p> <p>FECHA: _____</p> <p>LUGAR DE PRÁCTICA Liga Pro salud del pueblo</p> <p>PACIENTE Efraín Gonzales</p>	
---	---

<u>MOTIVO DE CONSULTA</u>	<u>EVOLUCIÓN</u>	<u>TAREA CASA</u>
<p>Tristeza, por la muerte de su esposa, sin hambre y sin dormir lo necesario sin querer salir a la calle.</p> <p>Duelo no resuelto de la muerte de su esposa</p>	<p>Superó el duelo de la muerte de su esposa ya duerme bien, come lo que desea, esta en el gimnasio y ha podido viajar a México y también a los EEUU</p>	<p>Trabajar con la técnica Trec.</p> <p>Lectura de libros, técnica del arte diario gastar un poco de su fortuna en comida, vitaminas, gimnasio, viajes y ropa.</p>

Conclusiones

A través de obtener bases científicas en práctica de la Psicología, siendo capacitada en la aplicación de métodos y técnicas se logró ayudar a los pacientes en el Centro de Prácticas Liga Pro Salud del Pueblo, a través de la capacitación en el campo de orientación profesional de la Universidad Panamericana de Guatemala por medio de las distintas técnicas y aplicaciones Test, para ayudar y facilitar a los pacientes en todas las intervenciones a un proceso con éxito en su acompañamiento, su toma de decisiones para su beneficio personal.

En el transcurso y desarrollo de las Prácticas pude obtener testimonio tanto de los padres de familia, como de los mismos niños, jóvenes adultos, autoridades de los beneficios obtenidos en el transcurso de las prácticas, agradeciendo la dirección de Nuestro Creador y la enseñanza impartida por la Licenciada de Práctica Cynthia Brenes.

En la medida que cada profesional especializado en la salud mental y conducta humana, tenga conciencia social y la manifieste en su diario que hacer, se podrá brindar el apoyo y acompañamiento que necesiten las personas que así lo soliciten.

Tanto el Psicodiagnóstico como la psicoterapia coadyuvan en el mejoramiento y en ocasiones al restablecimiento de la salud mental que las personas que manifiestan alguna psicopatología.

Recomendaciones

- Buscar nuevas bases científicas en práctica de la Psicología, indagando fuera del contexto universitario para ser una mejor profesional en el campo de la Psicología.
- Brindar seguimiento a los pacientes mientras ellos lo requiera en el Centro de Práctica como ayuda social y humanitaria
- Hacer conciencia en el estudiante de psicología próximos a graduarse que en la medida que se participe en capacitaciones de actualización y crecimiento personal, podrá brindar un mejor servicio a la sociedad.
- Las personas que llegan a plantear su problema psicológico necesitan además asesorías, apoyo clínico durante el proceso.
- Cuidar la salud mental y del medio que rodea al estudiante en general de la Universidad Panamericana, pero muy especialmente al estudiante de Psicología; promoviendo un programa permanente de salud mental, que involucre tanto a autoridades, como catedráticos, estudiantes y personal de servicio.
- Formar un centro de práctica de estudiantes de Psicología de la Universidad Panamericana, para que brinde apoyo a personas que necesiten orientación y asesoría psicológica, además de consejería social.

Referencias

Bibliográficas:

- Agonía, Muerte y Duelo. Lorraine Sherr. Ed. Manual Moderno. México 1992.
- Ayuda breve y de emergencia. Martha Patricia Duarte Sánchez. COVAC, México 1992.
- Control emocional y salud mental. Merrill F. Raber y George Dyck. Editorial Trillas. México 1991.
- Documento: "Acciones de Prevención en depresión y suicidio". Juan Carlos García Ramos. En elaboración.
- En búsqueda de soluciones (un nuevo enfoque en psicoterapia). W. Hudson O'Hanlon y M. Weiner Davis, Ed. Paidós, España 1990.
- Intervención en Crisis. Karl A. Slaikeu. Editorial Manual Moderno. México 1988.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson. México
- Psicología Anormal. Barlow D. 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

Internet:

- Psicologiapopular.com
- Comportamental.com
- Psicodirectorio.com
- Psicología-online.com
- Paginaschile.d/fest.htw
- Clinicas/ansiedad.com

Anexos

UPANA

Hojas de Trabajo 1

Talleres de Práctica

Licenciada Cynthia Brenes

Estudiante: Luvia Orellana

Centro de Prácticas: Pro- Salud del Pueblo, Guatemala.

Actividad: PNI = Positivo, Negativo e Interesante

Instrucciones: *acontinuación se le presentara el ejercicio titulado PNI en el cual se le solicita que escriba lo positivo, negativo e interesante de los talleres impartidos.*

<u>P</u>	<u>N</u>	<u>I</u>

UPANA

Hojas de Trabajo 1

Talleres de Práctica

Licenciada Cynthia Brenes

Estudiante: Luvia Orellana

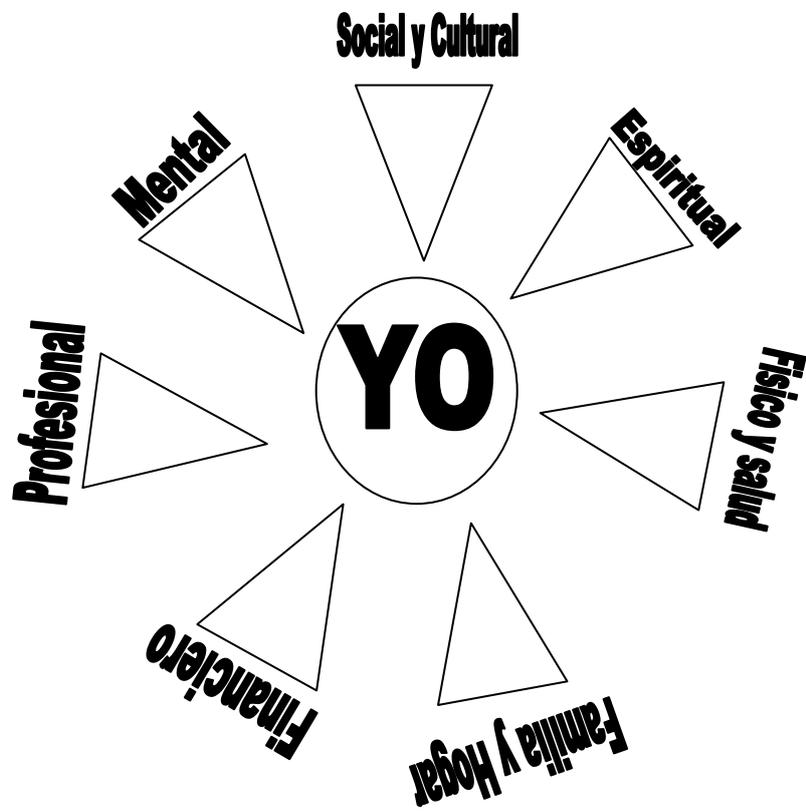
Centro de Prácticas: Pro- Salud del Pueblo, Guatemala.

Actividad: FODA = Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas

Instrucciones: *acontinuación se le presentara el ejercicio titulado FODA en el cual se le solicita que escriba las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.*

<u>F</u>	<u>O</u>	<u>D</u>	<u>A</u>

Rueda de la vida



Nombre: _____

Lugar y Fecha: _____

VIDA BALANCEADA

RUEDA DE LA VIDA

¿Cómo RUEDA MI VIDA?

Social y cultural

Espiritual

Físico y Salud

Familia y Hogar

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

8 _____

9 _____

10 _____

11 _____

15 _____

16 _____

17 _____

18 _____

Financiero

Profesional

Mental

5 _____

6 _____

7 _____

12 _____

13 _____

14 _____

19 _____

20 _____

21 _____

INTERPRETACION DEL TAT

Nombre _____ Historia No. _____ 5 _____ Lamina No _____ 6
VH

1. Tema Principal

2. Héroe Principal

Edad _____ Sexo _____ Ocupacion _____ Rasgos _____

Intereses _____ Habilidades _____

Adecuación _____ Imagen corporal y/o autoimagen _____

3. Principales necesidades del héroe

Necesidades de conducta _____

Personajes, objetos o circunstancias introducidos _____

Que implican necesidad de o para _____

Personajes u objetos omitidos _____

Que implican necesidad de o para _____

4. Concepto del ambiente como _____

5. Las figuras paternas M ___ F ___ son vistas como **Amorosos** reacción del sujeto **Agradecida a ayudar**

Figuras contemporáneas M ___ F ___ son vistas como _____ reacción del sujeto _____

Figuras de menos edad M ___ F ___ son vistas como **Hijos** reacción del sujeto **Necesitivos**

6. conflictos significativos necesidad de ayudar de tener una buena familia

7. Naturaleza de las ansiedades:

Daño físico _____ castigo _____ Enfermedad _____ Lesión _____ desaprobación _____
Privación _____ Falta o pérdida de amor _____ de ser devorado _____ ser abandonado _____
Otras _____

8. Principales mecanismos de defensa contra conflictos y temores.

Represión _____ Formación reactiva _____ racionalización _____ aislamiento _____ regresión _____
Introyección _____ Negación _____ Anulación _____ Identificación Proyectiva _____
Otros _____

9. Severidad del Super yo se manifiesta por:

Castigo por un "Crimen" _____ Inmediato _____ Justo _____ demasiado severo _____
Demorado _____ Injusto _____ Demasiado Indulgente _____

10. Integración del yo manifiesta en sí misma:

Desenlace feliz _____ Infeliz _____ Realista _____ Irreal _____ Solución adecuada _____ Inadecuada _____

Proceso de pensamiento como se revelan en el argumento:

Estructurado _____ Inestructurado _____ Estereotipado _____ Original _____ Apropiado _____ Racional _____
Bizarro _____ Completo _____ Incompleto _____ Inapropiado _____

MI PROGRAMA DE ESTUDIOS PERSONAL

¿En que áreas fijaremos los objetivos? ¿Cuáles son los objetivos que te gustaría alcanzar este año?

* En el área de organización para los estudios y las pruebas:

* En el área de lectura y obtención de información del texto:

* En el área de escritura:

* En otro área:

* En materia/área en la cual recibo apoyo y me concentrare en:

*Haremos el seguimiento del programa el día _____

*Haremos una síntesis del programa el día _____

Firmas _____

ESCRIBE TU PROPIO CONCEPTO SOBRE AUTOESTIMA DESPUES DE LEER LOS ANOTADOS ARRIBA.

ANOTA 3 DE TUS CUALIDADES

1. _____ 2. _____
3. _____

ANOTA 3 DE TUS DEFECTOS

1. _____ 2. _____
3. _____

ANOTA 5 COSAS O PERSONAS POR LAS CUALES DAR GRACIAS

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____
5. _____

Responde las preguntas rellenando el círculo escogido y es importante que la respuesta sea lo más sincera posible.

1. ¿Cuando estás en grupo te cuesta tomar decisiones?

- Depende de la confianza que tenga con la gente del grupo, me cuesta más o menos.
 Normalmente no me cuesta tomar decisiones, sea donde sea.
 Sí, me suele costar mucho tomar cualquier decisión cuando estoy en grupo.

2. Si pudieras cambiar algo de tu aspecto físico que no te gusta...

- Cambiaría bastantes cosas para así sentirme mucho mejor y estar más a gusto con la gente.
 Estaría bien, pero no creo que cambiara nada esencial de mi vida.
 No creo que necesite cambiar nada de mí.

3. ¿Has logrado éxitos en tu vida?

- Sí, unos cuantos.
- Sí, creo que todo lo que hago es ya un éxito.
- No.

4. Tu superior protesta o te regaña en voz bastante alta por un trabajo tuyo diciendo que está mal hecho...

- Le escucho atentamente, procurando que la conversación se desvíe a una crítica constructiva y poder aprender de mis errores.
- Que eleve la voz no se justifica en ningún caso. No tiene ningún derecho a tratarme así, por lo que no puedo escuchar lo que me dice hasta que no baje su tono de voz.
- Me molesta que me regañe y lo paso mal.

5. Te preocupa mucho la impresión que causas sobre los demás, si caes bien o no...

- Mucho, no soporto que alguien me tenga mal considerado.
- No siempre, sólo cuando me interesa especialmente la amistad de la otra persona.
- Lo que los demás piensen de mí no influirá en mi forma de ser.

6. ¿Estás convencido de que tu trabajo tiene valor?

- No estoy convencido, pero hago lo que puedo porque tenga un valor.
- No, más bien pienso que muchas veces no tiene valor ninguno.
- Estoy convencido de que tiene mucho valor.

7. ¿Te has sentido herido alguna vez por lo que te ha dicho otra persona?

- Sí, me he sentido herido muchas veces.
- No hay nada que puedan decir que pueda herirme.
- Sí, pero sólo por palabras dichas por personas muy queridas.

8. Si realizas un gran trabajo, ¿no es tan gran trabajo si nadie lo reconoce?

- Efectivamente, si nadie reconoce el valor de mi trabajo no merece tanto la pena.
- El valor de cualquier trabajo es independiente del juicio de quien sea.
- El valor de mi trabajo soy yo el único que puede juzgarlo.

9. Si repetidamente en grupos de estudio tus ideas no se tienen en cuenta...

- Pienso que no merece la pena el esfuerzo porque mis ideas no son tan buenas como creía y procuro atender a las ideas de los otros, dejando en adelante de ofrecer más ideas.
- Lo considero una estadística desfavorable, pero continúo aportando mis ideas si se me ocurre alguna interesante.
- Abandono el grupo, ya que mis ideas no son tenidas en cuenta y procuro formar otro en el que soy el líder o ir en solitario.

10. ¿A dónde crees que te lleva tu forma de ser?

- Hacia una mejora constante.
- Al desastre.
- A la normalidad.

¿Porqué? _____

GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE PSICOLÓGICO

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: _____

II. MOTIVO DE CONSULTA

HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL

HISTORIA CLÍNICA

Personales no patológicos

1. Historia prenatal:
2. Nacimiento:
3. Evolución neuropsíquica del niño referida a la motricidad, sueño, dentición y control de esfínteres:
4. Evolución de lenguaje
5. Desarrollo escolar
6. Desarrollo social
7. Adolescencia
8. Adulthood
9. Historia Psicosexual y vida marital

Personales patológicos

1. Historia médica:
2. Antecedentes de trastornos emocionales o mentales anteriores:

HISTORIA FAMILIAR

- 1. Genograma**
- 2. Estructura familiar:**
- 3. Antecedentes familiares:**
- 4. Especificar cualquier antecedente familiar relacionado con problemas mentales:**

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

- 2. *Presentación (descripción general):***
- 3. *Conducta motora y estado afectivo:***
- 4. *Estado cognoscitivo***
- 5. *Pensamiento:***
- 5) *Estado de ánimo:***

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS (Cuantitativos y Cualitativos)

OTROS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

EVALUACIÓN MULTIAxIAL

RECOMENDACIONES

Nombre del estudiante

Firma del estudiante

Fecha del Informe

PLAN TERAPÉUTICO

MODELO DE UN CASO

I. TEORÍAS QUE EXPLICAN EL DIAGNÓSTICO

La **perspectiva cognitiva** ya que postula que las emociones y conductas de las 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.

II. PERSPECTIVA TERAPEUTICA

Perspectiva Cognitiva, ya que 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.

III. TIEMPO ESTIMADO

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

VI. PRESENTACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración

IV. OBJETIVOS, TÉCNICAS Y RECURSOS

Objetivo	Técnicas	Recursos
Enseñarle a distraerse de las sensaciones de irritabilidad, inhibiendo emociones de enojo o ira.	Entrenamiento en relajación: 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.	Unidades subjetivas de malestar (USM): 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.	Modelo ABC: 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.
	Discriminación: 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	Detección: 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	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.

pensamientos automáticos	Flecha Descendente: 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, cayendo por lo común en la culpa.	Reatribución: 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 ese suceso.	
Objetivo	Técnicas	Recursos
Ayudar al paciente a reconocer que tiende a anticipar eventos temidos sin base real.	Descatastrofización: 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.	Métodos humorísticos: 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.	Entrenamiento asertivo: 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	Técnicas referenciales: Se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.	

habilidades.	<p>Escala de Dominio Placer: 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.</p>	Formato de la Escala
	<p>Programación de actividades incompatibles u opuestas: 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.</p>	Formato de Programación de Actividades.
	<p>Asignación de tareas graduales: 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>	Hoja en blanco para realizar la jerarquía de conductas.

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

NOMBRE DEL PRACTICANTE

FIRMA

RETROALIMENTACION PRESENTACION DE CASO CON VIDEO

Caso presentado por _____ Fecha _____

Código alumno que evalúa _____ Nota _____/5 _____

Motivo de Consulta: _____

Aspectos a evaluar

Enfoque terapéutico _____ adecuado _____ Inadecuado _____

¿Por qué? _____

El plan de la sesión fue

Terapeuta:

Apariencia _____

Actitud corporal (postura) _____

Expresión facial _____

Tono de voz _____

Tipos de preguntas o intervenciones que utilizó _____

Temas que profundizó _____

Temas que dejó pasar _____

Lenguaje verbal _____

Reacciones neurovegetativas _____

Durante la sesión se pudo observar:

Discurso incompleto Discurso evasivo Discurso recurrente

Parfraseo Reflejo empático Recapitulación

Silencios Confrontación formación

Otros _____

Comentarios _____

Errores frecuentes:

Juicio crítico Interrogatorio Dar consejos

Perder el foco brumar con excesiva información Minimización

Pasar por alto emociones Ofrecer falsas seguridades

Uso inadecuado del humor Uso extemporáneo de consuelo o tranquilización

Autorevelación inapropiada

Otros _____

-

Comentarios _____

-

SUGERENCIAS

AL PLAN TERAPEUTICO

AL TERAPEUTA

Realizado por: Licda. Cynthia Brenes de Serrano

INTERPRETACIÓN GENERAL DEL TAT

1. EMOCIONES

Ansiedad, tensión:

Depresión, tristeza, dolor, sufrimiento:

Orgullo, grandiosidad, arrogancia:

Culpa, remordimiento, vergüenza:

Otras:

2. NECESIDADES

Inferioridad, inseguridad, baja estima:

Agresividad:

Gratificación sexual:

Defenderse y evitar la crítica:

Exhibicionismo:

Evitar el peligro:

Dependencia afectiva:

Éxito:

Afiliación:

Reacción:

Dominación:

Ayudar a:

Orden:

Conocimiento:

Aceptación social:

Adquisición:

Autonomía:

Cambio:

Excitación:

Juego:

Sumisión:

3. DEFENSAS

Negación:

Omnipotencia:

Devaluación:

Idealización:

Agresión (activa - pasiva):

Represión – supresión:

Regresión:

Identificación:

Racionalización, intelectualización:

Proyección:

Formación reactiva:

Aislamiento:

Anulación:

Otros:

Test persona bajo la lluvia

GABRIELA MÈNDEZ SANDOVAL

A) ANÁLISIS DE RECURSOS EXPRESIVOS

A-1) DIMENSIONES

DIBUJO PEQUEÑO	Timidez, aplastamiento, no-reconocimiento, auto desvalorización, inseguridades, temores. Retraimiento, sentimiento de inadecuación, sentimiento de inferioridad, dependiente. Transmite sensación de encierro o incomodidad. También transmite sencillez, introversión, humildad, falta de vitalidad, economía, ahorro, avaricia. Inhibición, inadecuada percepción de sí mismo.	
DIBUJO GRANDE	Necesidad de mostrarse, de ser reconocido, de ser tenido en cuenta. Auto expansivo. Índice de agresividad. Teatralidad. Si es un dibujo poco flexible, existe falta de adaptación. Dibujos grandes y plásticos suelen verse en los artistas.	
DIBUJO MUY GRANDE (EN OCASIONES UTILIZANDO DOS HOJAS)	Controles internos deficientes. Auto reaseguramiento (momento de fortaleza) Inadecuada percepción de sí mismo. Ilusiones paranoides de grandiosidad que encubren sentimientos de inadecuación. Megalomanía. Posible compensación de sentimientos de inseguridad.	
DIBUJO MEDIANO	Persona bien ubicada en el espacio.	

A-2) EMPLAZAMIENTO

MARGEN DERECHO	Representa el futuro, lo consciente, el padre o la autoridad. Extravertido. Inclinação hacia lo social. Actividad, empuje, ambición, optimismo, excitación, euforia. De fácil comunicación con el otro. Confianza en el futuro (proyecto, porvenir). Impaciente, vehemente, pasional. En este margen se ubican los conflictos u obstáculos que el sujeto se crea.	
MARGEN IZQUIERDO	Representa el pasado, lo inconsciente y preconscious; lo materno y lo primario. Introversión, encerrarse en uno mismo. Pesimismo, debilidad, depresión, fatiga, desaliento, pereza, agotamiento. Lo que queda sin resolver, lo traumático.	
MARGEN SUPERIOR	La ubicación en el tercio superior de la hoja indica rasgos de personalidad eufórica, alegre, noble, espiritual, idealista. Las figuras u objetos ubicados tocando el margen superior y, a veces, con el dibujo incompleto, indican defensas pobres, comportamientos maníacos, rasgos psicóticos. Reducción de ideales, del mundo intelectual, del razonamiento. Pobreza de ideas, estrechez de criterio.	
MARGEN INFERIOR	En el tercio inferior de la hoja se representan rasgos de personalidad apegados a lo concreto, fuerte tendencia instintiva, falta de imaginación que frena su crecimiento espiritual y psíquico. Las figuras ubicadas en este borde, a veces inconclusas, como si no hubiera alcanzado el espacio, indican pérdida de contacto con la realidad, hundimiento. Puede deberse a depresión, enfermedad física, dependencias, adicciones.	
	Criterio ajustado a la realidad. Equilibrio entre tendencias de introversión y	

CENTRO E LA HOJA:	extroversión. Equilibrio, objetividad, control de sí mismo, reflexión. Buen uso del espacio. Posible buena representación de su esquema corporal.	
-------------------	---	--

A-3) TRAZOS

LINEA ARMÓNICA, ENTERA, FIRME	Persona sana	
LINEA ENTRECORTADA	Ansiedad, inseguridad. En algunos casos indica problemas respiratorios, fatiga, estrés. Necesidad de detenerse a analizar y revisar lo ya hecho. Desintegración. Posible derrumbe.	
LINEA REDONDEADA O CURVA	Rasgos femeninos. Sentido estético. Dependencia. Espíritu maternal, femineidad. Conciliador. Diplomático. Afectivo y sensible	
LINEAS TIRANTES	Tensión	
LINEAS FRAGMENTADAS O ESBOZADAS	Ansiedad, timidez, falta de confianza en sí mismo. En algunos casos representan enfermedad orgánica.	
LINEAS DESCONECTADAS	No tienen dirección intencional. Tendencias psicóticas. Dispersión del pensamiento.	
LINEA RECTA	Fuerza, vitalidad, razonador, frialdad, lógica, capacidad de análisis.	
LINEA RECTA CON ONDULACIONES	Tensión, ansiedad	
LINEA RECTA CON TEMBLOR	Se asocia a cuadro orgánico, persona de avanzada edad, personas con gran angustia, adictos. El temblor es siempre un signo de decadencia de funciones.	
LINEA RECTA DEFINIDA PERO TOSCA	Tendencias agresivas	
LINEA CON ÁNGULOS, GANCHOS O PICOS	Agresividad, impaciencia, vitalidad, independencia. Dureza, tenacidad, obstinación.	
LINEAS CON ANGULOS MUY AGUDOS	Excesiva reacción emocional, hiperemotivo	
LINEAS CON CONTROL O QUE ESCAPAN DEL CONTORNO DEL DIBUJO (EN ZIGZAG)	Imposibilidad de controlar impulsos. Descontrolado. Para Bender, rasgos Psicopáticos. Agresividad violenta.	
LINEAS PEGADAS AL PAPEL (SIN LEVANTAR EL LÁPIZ) Y FORMANDO PUNTAS	Rasgo epileptoide	
LINEAS CIRCULARES CON ADORNOS	Narcisismo	
LINEAS CURVAS QUE SE RECTANGULARIZAN	No se permiten emociones, bloqueo afectivo, supresión de afectos.	

A-4) PRESIÓN

PRESIÓN NORMAL	Equilibrado, adaptado, elaborador, constante. Armonioso	
	Ejecutado con velocidad y simplificación: representa rapidez mental,	

PRESION DEBIL	originalidad, agilidad, intuición, hipersensibilidad, poco contraste, creativo, vehemente. Si se trata de un adolescente hay que compararlo con el resto de las producciones para determinar si no es por atropello (característica de esta etapa). Ejecutado con lentitud: Representa ansiedad, timidez, ocultamiento, falta de sinceridad, desubicación, rasgos depresivos.	
PRESION FUERTE	Línea pesada y pigmentada (con mucho apoyo sobre la hoja, dejando relieve en el reverso de la hoja): Representa fuerza física, energía vital, seguridad, extraversión, agresión, hostilidad frente al mundo, inconstancia, franqueza, excitabilidad (diferenciar entre presión fuerte y muy fuerte). En individuos con cierto grado de evolución determina personalidad tipo líder; buenos conductores de grupo o creadores de grandes ideales. Artistas, escultores. En individuos con poca evolución indican agresividad o falta de respeto si existen problemas de psicomotricidad, ese apoyo sobre el papel es una manera de aferrarse, como buscando seguridad. -Línea pesada y empastada (con poco apoyo sobre la hoja, sin dejar relieve): individuos lentos, que disfrutan de la vida, sensuales, rutinarios, de poca iniciativa, poco creativos, estáticos. Según el área del dibujo que presenta desarmonía respecto al resto, ya sea por mayor o menor presión, por empastamiento o cualquier otra característica, debe ser interpretado según el área y el significado de la misma.	
PRESION MUY FUERTE	Agresividad	

A-5) TIEMPO

DIFICULTAD PARA COMENZAR EL DIBUJO	Verbalizaciones previas, excusas, disculpas. Dificultad para enfrentar una tarea nueva, para tomar decisiones	
DIFICULTAD PARA CONCLUIR Y ENTREGAR EL DIBUJO	Agregado de detalles al dibujo, aparición de preguntas superfluas. dificultad para separarse del otro, para terminar el vínculo; carácter epileptoide.	
MOMENTOS DE QUIETUD	Se detiene en la ejecución del dibujo para continuarlo luego de un tiempo. Lagunas, bloqueos	
VELOCIDAD NORMAL	Dibujo espontaneo y continuo	
EJECUCIÓN LENTA Y CONTINUA	Pobreza intelectual, falta de riqueza imaginativa.	
EJECUCIÓN RÁPIDA	Agilidad, excitabilidad	
EJECUCIÓN PRECIPITADA	Generalmente descuidada o inconclusa. Atropello, hipersensibilidad o necesidad de liberarse rápidamente de los problemas	

A-6) SECUENCIA

COMENZAR POR LOS PIES	y a partir de ahí armar el dibujo, indica perturbación del pensamiento, no toma el camino adecuado para la resolución del problema	
COMENZAR POR EL PARAGUAS	indica excesiva defensa y control	
COMENZAR POR LA CABEZA	Lo esperable es que comience por la cabeza, continúe por el cuerpo y concluya con el paraguas y la lluvia	

A-7) MOVIMIENTO

RIGIDEZ	Sujeto encerrado y protegido del mundo. Despersonalizado. Se siente amenazado por el entorno. No adaptado, no tiene libertad para actuar. En los adolescentes es frecuente la rigidez por temor a desorganizarse y por temor a insertarse en el mundo de los adultos.	
MUCHA ACTIVIDAD EN EL DIBUJO	Exceso de fantasía, actitud maníaca.	
EN POSICIÓN DE CAMINAR (IZQUIERDA Y DERECHA)	Se interpreta según hacia dónde se dirige.	
REALIZANDO UNA ACCIÓN CONCRETA (DEPORTE U OTRA)	Energético. Actitud eufórica.	
EXHIBIÉNDOSE	Narcisismo	

A-8) SOMBREADOS

Ansiedad por el cuerpo según la zona que señalen y la necesidad de controlar esa parte del cuerpo o lo que ella simbolice. Suele corresponder al mecanismo de defensa "anulación".
--

B) ANÁLISIS DE CONTENIDO

B-1) ORIENTACION DE LA PERSONA

HACIA LA DERECHA (MARGEN DERECHO)	Comportamiento positivo. Avance hacia el futuro. necesidad de crecer. buena relación con el padre y/o autoridad. Relación con lo que se quiere ser y dirección hacia el futuro.	
HACIA LA IZQUIERDA (MARGEN IZQUIERDO)	Dirección hacia el pasado. Se refiere a sujetos que mantienen conflictos sin resolver. Algo del pasado que aún les pesa y frena su evolución. Conflictos con la madre. Necesidad de búsqueda interior.	
HACIA EL FRENTE	Dispuesto a enfrentar al mundo. Comportamiento presente	
CON ORIENTACIÓN DUBITATIVA	Ambivalencia. Tendencias obsesivas o paranoides. Falta de decisión. incoordinación. Observar especialmente hacia dónde se ubica la cabeza, lo mental y hacia donde se ubica el cuerpo, lo emocional y hacia donde van las piernas, que son las que determinan la acción.	
DE PERFIL	Debe tenerse en cuenta si se orienta hacia derecha o izquierda. Persona que no va de frente, que necesita buscar refugio. Evasión	
DE ESPALDAS	Deseo de no ser controlado socialmente, de pasar inadvertido, afectos e intenciones ocultas. Se apartan del medio; opositoristas, introvertidos. pre-psicóticos, depresivos, rasgos de psicopatía. Revela la existencia de un problema en el área de la identificación psicosexual. Deseo de ser otro. Ocultamiento.	
DIBUJOS MUY A LA IZQUIERDA	Acción bloqueada. Personalidad esquizoide. Dependencia e idealismo.	
DIBUJO MUY A LA DERECHA Y ABAJO	Decepción, resignación, depresión. Freno al crecimiento espiritual y psíquico. Hundimiento.	
PERSONA VISTA DESDE ARRIBA	Toma de distancia del entorno. Postura de investigador. Sentimientos compensatorios de superioridad. No se involucra en la búsqueda de soluciones pero si juzga las situaciones. Actitud opositorista.	
PERSONA VISTA DESDE LEJOS	Aquellas que se sienten rechazadas o desvalorizadas. Sentimientos de inferioridad. Inaccesibles. No pueden hacer frente a la situación cotidiana. No	

	se involucran, no opinan.	
PERSONA INCLINADA	Falta de equilibrio, inestabilidad, persona que se está trastornando.	
PERSONA INCONCLUSA	Falta de equilibrio, inestabilidad, persona que se está trastornando.	

B-2) POSTURAS

SENTADO	Amante de la tranquilidad, buen negociador, suele ser persona diplomática, que no se juega, falta de pasión, abatimiento. Puede estar representando una enfermedad física: no puede	
ACOSTADO	Escasa vitalidad. Desesperanza. Las personas con impedimentos físicos pueden dibujar personas sentadas o acostadas. en estos casos significa aceptación de la limitación.	
ARRODILLADO	Sumisión, debilidad, esclavitud. Sentimientos de inferioridad. masoquismo, resignación	

B-3) BORRADOS EN EL DIBUJO

En forma excesiva	el borrar indica incertidumbre, auto insatisfacción, indecisión, ansiedad, descontrol, agresividad, conflicto. Los alcohólicos, drogadictos y regresivos no utilizan goma de borrar sino que corrigen repasando las líneas del dibujo. El borrar es una manera de anular una parte del cuerpo.	
REPASO DE LINEAS, TACHADURAS , LINEAS INCOMPLETAS	Alto monto de ansiedad. Le resulta difícil planificar la tarea. Bajo nivel de tolerancia a la frustración.	

B-5) DETALLES ACCESORIOS Y SU UBICACIÓN:

ANTEOJOS	En la persona que no los usa habitualmente, indica ocultamiento, curiosidad sexual, voyeurismo	
BASTON, PIPA	Fantasías sexuales	
OBJETOS POR DEBAJO DE LA PERSONA	Por debajo de la persona se extiende el contenido inconsciente. Inconsciente movilizado. El sujeto es dependiente de presiones instintivas, a veces homosexualidad.	
OBJETOS A LA DERECHA DE LA PERSONA	Representan los obstáculos que él mismo se pone para avanzar en la vida. Temer o no querer asumir responsabilidades.	
OBJETOS A LA IZQUIERDA DE LA PERSONA	Indican hechos o acontecimientos que quedaron sin resolver.	
OBJETOS POR SOBRE LA PERSONA	La interpretación está especialmente asociada a la calidad de los objetos que se dibujan. Representan presiones, restricciones, ideales, fantasías, necesidades de protección, autoridad, conductas fóbicas	
DIBUJO DE VARIAS PERSONAS	En algunos casos, poco frecuentes, algunos sujetos dibujan mas de una persona, como mostrando que necesitan del apoyo de otros (objeto contrafóbico) para seguir adelante.	
PERSONA ENCERRADA ENTRE LINEAS	Necesidad de ser contenido por el medio ambiente. Poca capacidad para crecer. Bloqueado. A veces rasgos obsesivos. Poca capacidad para ocupar espacios.	
NUVES	Presión, amenaza. Hay que tener en cuenta el número de las mismas pues a veces representan figuras parentales. Pueden representar tendencias auto agresivas o dolencias psicosomáticas (nubes infladas)	
LLUVIA	Representa la hostilidad del medio a la cual debe enfrentarse el sujeto	
LLUVIA TORRENCIAL	Mucha presión, situación muy estresante, agobiante, como que no hay defensa que alcance.	
LUVIA ESCASA	Persona que se siente con posibilidades de defenderse frente a las	

	presiones ambientales.	
GOTAS COMO LAGRIMAS SIN LLUVIA	Angustia Oposicionismo, persona manipuladora. Tendencia a negar las presiones - y los conflictos- del medio.	
LLUVIA EN SOLO UN LUGAR	Se debe analizar sobre qué lugar dibuja la lluvia.	
RAYOS	Presión que sacude al sujeto	
CHARCO	Suele representar sufrimiento fetal y acontecimientos traumáticos ocurridos a la madre embarazada. Abarca, también, el nacimiento y los primeros años de vida, tales como nacimiento prematuro, cesárea, fórceps, convulsiones, accidentes, etc.	
CHARCO DE AGUA	Bajo los pies, a la izquierda, a la derecha. Sufrimiento fetal	
OBJETOS INNANIMADOS Y ADORNADOS	Obstáculos. Debe analizarse la ubicación de los mismos.	
ANIMALES	Objetos acompañantes, dependencia, necesidad de protección, sentimiento de soledad.	
ARBOLES, PLANTAS, FLORES	Aunque generalmente funcionan también como obstáculos, hay que detenerse en el análisis de estos dibujos	
EL SOL Y/O LA LUNA	Representan a la autoridad adulta, controladora o de apoyo parental. Fijación de límites.	

B-6) VESTIMENTA:

BOLSILLOS	Son órganos receptivos. En los varones, dependencia materna, conflicto homosexual. En mujeres, posible comportamiento histérico -sin confirmar-. Conflicto interior, sexual, sentimiento de culpa.	
BOTONES	Inmadurez, dependencia, carácter obsesivo, preocupación por lo social, preocupación somática. Un solo botón: apego al vínculo materno	
BOTAS	Sobre comprensión, reafirmación de la decisión.	
TRANSPARENCIAS	Angustia frente al cuerpo. A veces indica daño neurológico, lesión cerebral, intoxicación, organicidad. Preocupación por la parte del cuerpo rebelada. Poco criterio. Conducta actuadora.	
DETALLE DE ROPA SIN TERMINAR	Sentimientos de inadecuación.	
CORBATAS	Signo sexual. Debilidad	
ZAPATOS	Muy marcados, conflicto sexual. Con cordones: impulsos sexuales. Frecuente en adolescentes	
ZAPATOS EN PUNTA, CON TACOS	Agresión	

B-7) PARAGUAS COMO DEFENSA:

PARAGUAS CUBRIENDO	Retraimiento, escape, ocultamiento, recorte de la percepción.	
--------------------	---	--

MEDIA CABEZA		
AUSENCIA DE PARAGUAS	Falta de defensas. Cuando la ausencia de paraguas se acompaña con una figura humana de anchos hombros, implica que es una persona que se defiende con su cuerpo, que "apechuga", que se expone y corre riesgos.	
PARAGUAS HACIA LA DERECHA	Se defiende del ambiente. Temor a lo social. Desconfianza hacia las personas que lo rodean. Defensa por temor al padre y/o autoridad	
PARAGUAS HACIA LA IZQUIERDA:	Se defiende de la figura materna, de los deseos edípicos y las pulsiones infantiles.	
PARAGUAS CUBRIENDO ADECUADAMENTE A LA PERSONA	Implica defensas sanas, sentimiento de adecuación, confianza en sí mismo, seguridad. Saber afrontar los problemas sin exponerse a riesgos innecesarios, capacidad de prever.	
PARAGUAS MUY GRANDE RESPECTO AL TAMAÑO DE LA PERSONA DIBUJADA	Excesiva protección y defensa, aunque se encuentre bien ubicado. Recortamiento del medio y distancia con el entorno. Poco criterio	
PARAGUAS MUY CHICO RESPECTO AL TAMAÑO DE LA PERSONA DIBUJADA	Defensas lábiles. Deja a la persona casi expuesta a las presiones del medio. Tanto en el paraguas muy grande o muy chico respecto al tamaño de la persona, es señal de conflicto , perturbación sexual, dificultades en las relaciones interpersonales o con figuras de autoridad.	
PARAGUAS CERRADO	Resignación. Bajar la guardia, dejar que otro lo defienda, que tome su lugar en la defensa. Sin fuerzas para luchar. En ocasiones puede indicar que están terminándose los problemas, que se está en las últimas preocupaciones (las últimas gotas de lluvia).	
PARAGUAS CERRADO Y EN EL PISO	La persona cierra el paraguas porque siente que cuenta ya con poca energía para defenderse, que en su situación vital ya queda poco tiempo mas de lluvia -presión ambiental-,que sostener el paraguas es ya un esfuerzo excesivo. En ocasiones implica enfermedad terminal.	
PARAGUAS VOLANDO	Defensa lábil. Yo muy débil. Preocupaciones	
PARAGUAS Y NUBES FUSIONADOS	Contaminación. Índice de esquizofrenia. Ideas confusas.	
PARAGUAS CON AGUJEROS	Fabulación. Psicopatía. Enfermedad orgánica	
PARAGUAS CON DIBUJOS	En muchos casos hemos registrado que se trataba de personas con enfermedades orgánicas.	
PARAGUAS COMO SOMBRERO	Confusión de ideas.	
PARAGUAS TIPO LANZA	Recurre a la agresión como defensa	
PARAGUAS EN EL QUE SE REMARCAN LAS VARILLAS	Fabulación. Crea historias falsas. Se miente.	
MANGO DE PARAGUAS REMARCADO	Falta de plasticidad. Necesidad de aferrarse a algo aunque sin saber si le sirve como defensa.	
MANGO DE PARAGUAS DEBIL	Defensas pobres, poca fortaleza para sostenerse.	

B-8) REEMPLAZO DEL PARAGUAS POR OTROS ELEMENTOS

ALEROS Y TECHOS	Persona que no emplea defensas adecuadas. Actitud dependiente. Busca que otros resuelvan sus problemas.	
DETRAS DE UNA VENTANA	Falta de compromiso con el medio. Pasividad. Alejamiento.	
DENTRO DE UNA CAVERNA O MONTAÑA	Dependencia materna	
UTILIZACIÓN DE PAPEL A MODO DE PARAGUAS	Defensa pobre, que se desarma a poco de utilizarla. Poco sentido práctico para defenderse	
UTILIZACIÓN DE LA MANO COMO PARAGUAS	Actitud de omnipotencia. Mas frecuente en adolescentes.	

B-9) PARTES DEL CUERPO

CABEZA	ser lo primero que se dibuje. Es la localización del yo. Centro de todos los estímulos. Poder intelectual, poder social o dominio. Si dibuja en primer término las piernas y los pies, indica desaliento, depresión	
DIBUO DE LA CABEZA SOLAMENTE	Disociación cuerpo-mente. Se defiende con el pensamiento.	
CABEZA GRANDE, DESPROPORCIONADA CON RESPECTO AL CUERPO	Indica deseo de poder, vanidad, narcisismo, autoexigencia, dificultades para el aprendizaje. Perseveración de ideas.	
CABEZA TRONCHADA	Limitación de la capacidad de simbolizar	
CARA	Es el contacto social, lo que se muestra. Sin dibujo de rasgos: desconocimiento de sí mismo, problemas de identidad.	
OJOS SIN PUPILAS	Inmadurez emocional, egocentrismo. Negación de sí mismo o del mundo. Dependencia materna. Vaciedad	
OJOS MUY MARCADOS	Rasgos paranoides	
OJOS BIZCOS	Rebeldía, hostilidad hacia los demás	
OJOS CERRADOS	De menor patología que el ojo sin pupila. Narcisismo.	
OJOS COMO PUNTOS	Retraimiento. Inseguridad	
OJOS CON PESTAÑAS	En hombre, afeminamiento. En mujeres, seducción	
OJOS EN V	Agresión	
BOCA		
UNA LÍNEA RECTA ÚNICA	Tendencia verbal sádico-agresiva.	
UNA LINEA CONVEXA ÚNICA	Amargura	
BOCA ABIERTA O ROTA	Dificultad de introyecciones adecuadas	
LABIOS MARCADOS	Dependencia oral	
LABIOS PINTADOS	Carácter femenino	
DIENTES	Agresividad oral. Conflicto sexual.	
CEJAS MUY MARCADAS	Agresividad.	
NARIZ MUY MARCADA	Virilidad, símbolo fálico. Agujeros en la nariz: agresividad, husmear. Problemas respiratorios. Alucinaciones olfativas	
OREJAS	Preocupación por críticas y opiniones de otros. Puede reflejar deficiencia en la audición, alucinaciones auditivas.	
MENTÓN	Energía de carácter	

MENTON SOMBREADO	Tendencia a dominar, a ejercer el poder	
MENTON MUY SOMBREADO	Indice de conflicto con el medio.	
CUELLO	Parte del cuerpo que coordina lo que se siente -cuerpo- con lo que se piensa -cabeza-. Puede dar sensación de comodidad y confianza.	
CUELLO ANGOSTO	Depresión	
CUELLO GRUESO	Sentimiento de inmovilidad	
CUELLO LARGO	Arrogancia. Desarmonía entre el intelecto y la emoción. Incoordinación.	
CUELLO INMOVILIZADO POR COLLAR, POLERA O YESO	Inhibición sexual	
CABELLO	Potencia sexual, vitalidad. Signo de virilidad, de apasionamiento y seducción.	
CABELLO MUY SOMBREADO O SUCIO	Regresión anal-expulsiva	
CABELLOS EN PUNTA	Agresión	
CABELLO CON RAYA AL MEDIO	Indicador de identificación femenina y resolución del conflicto por medio de mecanismos compulsivos-obsesivos y narcisistas	
ADORNOS EN EL CABELLO (MOÑOS, HEBILLAS, ETC.)	Indicador de control.	
CUERPO CUADRADO	Primitivismo, debilidad mental	
CUERPO ESTRECHO	Disconforme con su propio cuerpo. Conflicto en el esquema corporal. En algunos casos, astigmatismo	
DIBUJO DEL CUERPO CON PALOTES	Signo de evasión. Falta de compromiso. Infantilismo. No darse a conocer.	
OMISIÓN DE TRONCO	Necesidad de reprimir o negar impulsos corporales.	
HOMBROS	Fachada de seguridad, sobre compensación de sentimientos de inseguridad o inadaptación. Carácter dominante, autoritario inseguridad o inadaptación. Carácter dominante, autoritario.	
HOMBROS MUY GRANDES Y MUSCULOSOS:	Ambivalencia sexual	
CADERAS	En la mujer, deseo de maternidad. En el hombre, conflicto homosexual.	
CINTURA	Es la frontera entre lo sexual y lo emocional. Cinturones y adornos que remarcan la cintura, intento de controlar lo instintivo. Seducción.	
CINTURA ESTRECHA	Es común en adolescentes. Significa restricción forzada de impulsos.	
ASIMETRÍA DE	Impulsividad, coordinación pobre. Falta de equilibrio.	
BRAZOS LARGOS Y FUERTES	Expresión de ambición. Deseo de incorporar el mundo, de aprisionarlo, de contenerlo.	
.BRAZOS ONDULANTES	Sujetos con problemas respiratorios	
SIN BRAZOS	Abandono del mundo objetal. Retracción de la libido. Según el resto del dibujo, puede implicar tendencia al hurto. Esquizofrénicos y depresiones severas	
BRAZOS PEGADOS AL CUERPO	Dificultad para contactarse. Reservado, retraído. Rigidez, falta de plasticidad. Temor a manifestar impulsos hostiles. Control excesivo sobre los impulsos. Falta de adaptación. En el caso de psicóticos, lo hacen para protegerse de ataques del ambiente.	
MANOS Y DEDOS	Manipulación, contacto con objetos, confianza, agresividad, eficiencia, culpa. Las manos indican la capacidad de tomar el mundo, de orientarse hacia él. La ausencia de manos indica lo contrario: represión de impulsos, retracción	
MANO DIBUJADA EN FORMA INCONCLUSA	Sentimiento de culpa	

MANOS OCULTAS	Evasión de problemas	
SIN MANOS	Negación de dar y/o recibir. Egoísmo	
DIBUJO DE LA PALMA DE LA MANO Y LOS DEDOS	En adultos, regresión	
MANOS ENGUANTADAS	Indicador de control. Frecuente en adolescentes. Disimulo	
DEDOS UNIDOS COMO MANOPLAS:	Torpeza. Falta de sutileza	
DEDOS TIPO GARRA	Forma aguerrida de enfrentar al mundo. Agresión, egocentrismo, Posesividad.	
DEDOS DIBUJADOS COMO LÍNEAS RECTAS	Agresión por falta de amor	
PUÑO CERRADO	Fortaleza, agresividad, manera de sostener las defensas. Beligerancia, retracción	
PIES	Símbolo sexual	
SIN PIES	Desaliento, abatimiento, falta de ilusión. Tristeza, resignación. Es el que "no llega nunca". Falta de confianza en sí mismo. Inseguridad.	
PIES PEQUEÑOS	Inseguridad de mantenerse en pie, de alcanzar metas	
DESARMONÍA EN LOS PIES	Cuando en los hombres coincide la desarmonía pie izquierdo - brazo izquierdo respecto al lateral derecho, indica conflicto homosexual	
PIES DESCALZOS	Deseo de mantenerse infantil. No querer realizar esfuerzos	
ARTICULACIONES VISIBLES	Sentimiento de desintegración. Deficiencias orgánicas en el área correspondiente.	
PIERNAS LARGAS	Lucha por la autonomía, deseo de independencia	
PIERNAS RELLENAS O GRUESAS	Sentimiento de inmovilidad	
DOBLE LÍNEA DE APOYO DEBAJO DE LOS PIES	Signo de obsesividad. Puede simbolizar algún acontecimiento ocurrido en la infancia que quedó marcado. Exagerada necesidad de apoyo.	
DIBUJO ALTO, ESBELTO	Deseo de sobresalir, de mejorar. Orgullo, vanidad, soberbia.	
FIGURA CON MUCHA MUSCULATURA	Narcisismo	

B-10) IDENTIDAD SEXUAL:

FIGURA DESNUDA	Exhibicionismo, psicopatía	
PERSONA BAJO LA DUCHA	Narcisismo, exhibicionismo. Histeria	

B-11) EL DIBUJO DE UN PERSONAJE Y NO DE UNA PERSONA

TITERES Y MARIONETAS, CARICATURAS	Vivencia de ridículo, burla, extrañeza frente al propio cuerpo.	
PERSONAS DISFRAZADAS	Ocultamiento. A veces homosexualidad. Debe analizarse el tipo de disfraz elegido para el dibujo	
PERSONAJE TIPO ROBOT	Despersonalización	
DIBUJO DE PAYASO O DE PERSONAJE DE HISTORIETA	Autohostilidad y se da generalmente en adolescentes. Ocultamiento	

GABRIELA MÈNDEZ SANDOVAL

TEST DE LA FIGURA HUMANA: KAREN MACHOVER

ASPECTO FORMAL, ESTRUCTURAL O EXPRESIVO

TAMAÑO	
Dibujo que llena la página	Fantasía 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

CALIDAD DE LINEA	
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 desvalediente	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	<p>Necesidad de sustento.</p> <p>Dependencia.</p> <p>Falta de auto confianza.</p>

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

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.

PELO		
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.

NARIZ		
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.
BOCA (El énfasis oral es característico en niños, adultos, regresivos, alcohólicos y deprimidos).		
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.
------------	--	---

LABIOS		
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.

BARBILLA (muestra fuerza y determinación).		
Ya sea notadas en dibujos de perfil, borradas o reforzadas, sobresale de manera predominante		Compensación por debilidad e inadecuación en asumir responsabilidades. Se manifiesta como un impulso a aparecer socialmente energético y dominante.

CUELLO		
Destacado		Perturbado por falta de coordinación entre el impulso 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

BRAZOS		
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.

MANOS	
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.		

PIERNAS Y PIES

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

TRONCO		
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 FRASES INCOMPLETAS

Nombre:

Edad

cronológica:

Fecha

de

aplicación:

Rasgo a considerar	Interpretación
Frase 1	Identificación, admiración, valorización

Frase 2	Intereses, deseos con esta persona
Frase 3	Qué tipo de reforzamiento él le puede dar
Frase 4	El valor que le da
Frase 5	Identificación, valorización, y ver que persona me es útil para trabajar con él
Frase 6	Idealismo, deseo o aspiraciones, manejo realidad o fantasía
Frase 7	Ver si es hostilidad, rechazo o ansiedad
Frase 8	Le reafirma o ver el estilo de crianza
Frase 9	Si es efectivo o no el castigo, pero para el niño no puede ser un reforzador
Frase 10	Qué cree el niño que funciona consigo
Frase 11	Intereses
Frase 12	Valorización e identificación quien nos puede ayudar
Frase 13	Ver que tipo de reforzamiento más a nivel de la madre

Frase 14	Me siento bien cuando va con relación a sentimientos
Frase 15	Ver el manejo del dinero
Frase 16	Ver la relación paterno y ver que tipo de resolución de conflicto
Frase 17	Deseos
Frase 18	Identificación y con quien desea más aprobación, uso de refuerzo positivo
Frase 19	Eficacia de la premiación y deseos
Frase 20	Temor, ansiedad sentimientos en relación a la tristeza sufrimiento
Frase 21	Relación materno y deseos
Frase 22	Relación con maestro
Frase 23	Dinámica familiar y manejo del tiempo en relación a la casa
Frase 24	Deseos e índice de conductas
Frase 25	Ansiedad y temor

Frase 26	Deseo a
Frase 27	Manejo de sentimientos
Frase 28	Solución de conflictos
Frase 29	Mi hermano y/o hermana favorito
Frase 30	Influir en que tiempo de actitud en los niños

NOTA: En los resultados se detallan los que más nos llamen la atención.

PROTOCOLO DE LAS FÁBULAS DE DUSS

Nombre: _____

Edad cronológica: _____

Fecha de aplicación: _____

Fábula	Interpretación
Fábula del pájaro	Cercanía, grado de independencia, fijación del niño hacia alguna de las figuras, identificación.
Fábula del aniversario de bodas	Presenciado coito-celos hacia la unión de los padres, se puede verificar algún shock. Necesidad de afecto y atención, envidia.
Fábula del cordero	Reacción al destete-rivalidad entre hermanos,

	separación, celos, deseo de llamar la atención, egocentrismo.
Fábula del funeral	Hostilidad, auto castigo, agresividad, pensamiento en relación a la muerte, culpabilidad, auto punición, hostilidad puede matar a quien le hostiga.
Ansiedad	Ansiedad, auto castigo, puede presentar un estímulo que le da miedo como forma de castigarse por algo. Temor
Fábula del elefante	Miedo a la mutilación y/o castración
Fábula de la propia creación del niño	Posesión, obstinación desarrollada como consecuencia de dificultades en la educación de esfínteres, fase anal, egocentrismo.
Fábula del paseo	Complejo de Edipo, probable dinámica familiar, ansiedad en relación a figura paterna.
Fábula de las noticias	Deseos y temores
Fábula de la pesadilla	Temores, para el control de la fábulas anteriores

