

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



Una propuesta de salud para erradicar la codependencia
Práctica realizada en el Hogar de Restauración “El Buen Samaritano”

(Práctica Profesional Dirigida)

María Eugenia Ahumada Araya

Guatemala, octubre 2012

Una propuesta de salud para erradicar la codependencia
Práctica realizada en el Hogar de Restauración “El Buen Samaritano”

(Práctica Profesional Dirigida)

María Eugenia Ahumada Araya (Estudiante)

Licda. Cynthia Brenes (Supervisora de práctica)

Lic. Mario Alfredo Salazar M.(Revisor)

Guatemala, octubre 2012

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA

M.Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Rector

M.Sc. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrectora Académica

M.A. César Augusto Custodio Cobar
Vicerrector Administrativo

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licda. Elizabeth Herrera de Tan
Decano

M.Sc. Mario Alfredo Salazar M
Asistente de Decanatura



DICTAMEN
APROBACION PARA ELABORAR
INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

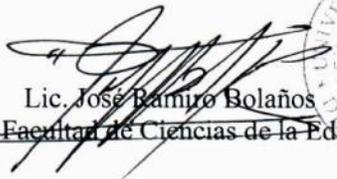
ASUNTO: María Eugenia Ahumada Araya
Estudiante de la Licenciatura en Psicología
Clínica y Consejería Social de esta
Facultad, solicita Autorización para
realizar Práctica Profesional Dirigida para
completar requisitos de graduación.

Guatemala, febrero 2011

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

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

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


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





UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sapientia ante todo, adquiere sapientia"

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

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Una Propuesta de Salud para Erradicar la Codependencia”**, Práctica realizada en el Hogar de Rehabilitación “El Buen Samaritano” presentado por la estudiante: **María Eugenia Ahumada Araya** quien se identifica con número de carné 0702249 de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.


Licenciada Cynthia Brenes

Asesora - Tutora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala. 21 de abril del año dos mil doce.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Una Propuesta de salud para Erradicar la Codependencia", Práctica realizada en el Hogar de Rehabilitación "El Buen Samaritano", presentado por la estudiante: **María Eugenia Ahumada Araya**, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que se continúe con el proceso correspondiente.

Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín

Revisor de Estilo



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala a los treinta días del mes de abril del año dos mil doce.

En virtud que el Informe Final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida: "Una Propuesta de Salud para erradicar la Codependencia", Práctica realizada en el Hogar de Rehabilitación "El Buen Samaritano", presentado por la estudiante **María Eugenia Ahumada Araya**, previo a optar al Grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del revisor (a), se autoriza la impresión del Informe de Sistematización Práctica Profesional Dirigida.

Licda. Elizabeth Herrera Quiroz

Decano

Facultad de Ciencias Psicológicas



Nota: para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

DEDICATORIA

A DIOS

A quien le dedico todo y por haberme permitido llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarle cada día más y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A MIS FAMILIARES

A toda mi familia que están en Chile, los cuales amo con todo mi corazón. ¡Gracias a todos ustedes!

A MIS PASTORES

A los pastores Roberto & Leonor Aldana. Quisiera agradecerles especialmente por su amistad leal a través de estos años. Agradecer por su carácter que compartimos en este llamamiento celestial. La comunión con ustedes es una parte muy importante de mi vida.

A MIS AMIGOS

Darío & Martita Pérez. Agradecerles su amistad incondicional. Amigos míos, ¡nunca nos demos por vencidos en nuestra búsqueda de alcanzar el elevado llamado de Dios.

A LA IGLESIA DE DIOS EVANGELIO COMPLETO

A todos los pastores del territorio central, otros territorios y todo Centro América que me han dado oportunidad de compartir con ellos y así llevar a cabo mis estudios y especialmente a la Iglesia Kononia, la cual me acogido con mucho amor.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVESIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Por la formación académica recibida.

A LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Por mi formación profesional de servicio a la sociedad.

AL CENTRO DE REHABILITACIÓN “EL BUEN SAMARITANO”

Por permitirme llevar a cabo mi Ejercicio Profesional Supervisado.

A MIS SUPERVISORES

Licenciada Cynthia Brenes y Licenciado Mario Alfredo Salazar M. por su excelente asesoría

A MI MADRINA DE GRADUACIÓN

Dra. Débora Esmeralda Aldana Salguero. Por compartir este momento especial conmigo.

Contenido

	Pág. No.
Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de referencia	1
1.1 Descripción de la Institución	2
1.1.1 Misión	2
1.1.2 Visión	2
1.1.3 Filosofía	3
1.1.4 Políticas institucionales	3
1.1.5 Objetivos	4
1.1.6 Población que se atiende	5
1.2 Planteamiento del problema	5
Capítulo 2	
Referente teórico	
2.1 Definiciones conceptuales	13
2.2 Dependencia	14
2.3 Evaluación social	15
2.4 La pluralidad de la drogodependencia	16
2.5 Diagnóstico según el DSM-IV	16
2.6 Dependencia al alcoholismo	18
2.7 Efectos de la dependencia a drogas	20
2.8 Diseño del plan de tratamiento	21
2.9 Evolución interna social de las drogas	22

Capítulo 3

Referente metodológico

3.1	Referente metodológico	24
3.2	Cronograma de actividades	30
3.3	Talleres artísticos	33

Capítulo 4

Presentación de resultados del programa de atención a casos 38

4.1	Logros	40
4.2	Limitaciones	40
4.3	Conclusiones	40
4.4	Recomendaciones	41
4.5	Muestra de un caso atendido	42

Conclusiones 65

Recomendaciones 66

Referencias 67

Anexos

Capítulo I

Marco de referencia

1.1 Descripción de la institución

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Casa de Rehabilitación “*El Buen Samaritano*”

DIRECCIÓN: 28 Avenida 14-51 Ciudad de Plata II Zona 7

TELÉFONOS: 2460-8786 * 5991-5706 *5198-4097* 4405-6287

NOMBRE DEL ENCARGADO: Pastor: José María Verón

PUESTO: Director

Servicios que presta la institución:

Un nuevo concepto en el cuidado de:

Personas con problemas de Drogadicción y Alcoholismo.

- Tratamiento
- Psicoterapia
- Terapia de Adicción de Fármacos, Alcohol y otros.

NOMBRE DE LA PRACTICANTE: María Eugenia Ahumada Araya

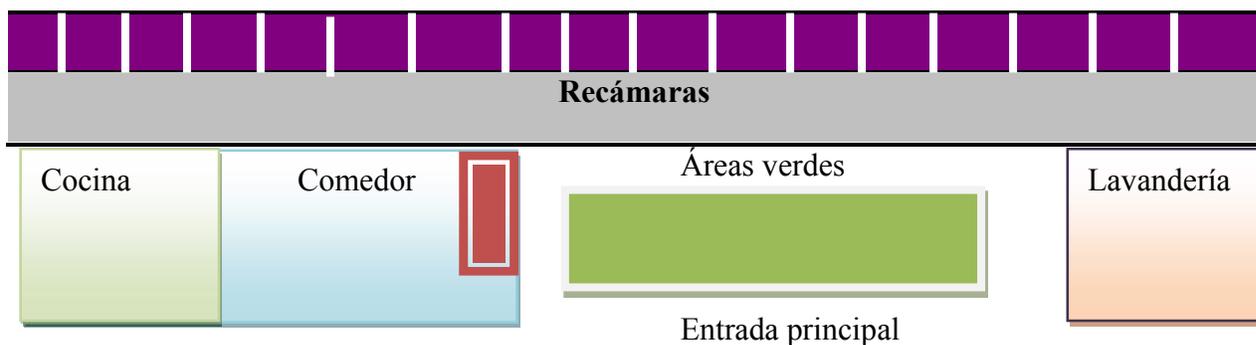
GRADO: Quinto año

HORARIO DE PRÁCTICA: Días: martes y jueves. Horario: de las 09:00 hasta las 13:00 horas.

FECHA DE LA PRÁCTICA: Con inicio el 22 de Febrero hasta el 27 de Octubre del año 2011.

El Centro de Restauración “*El Buen Samaritano*” es una institución con un enfoque cristiano, que recibe personas entre las edades de 17 a 60 y más años de sexo masculino.

La institución está capacitada con 15 recámaras donde se albergan alrededor de cinco personas por habitación. Cuenta con un comedor, cocina, dos oficinas de atención y una clínica de atención; equipo de gimnasia, lavandería y área verde.



El centro de Rehabilitación El Buen Samaritano, surge debido a la necesidad que se presenta en medio de la sociedad. El pastor José María Verón observa que muchos de los jóvenes que transitan por la zona consumían drogas, los cuales provocan problemas de comunicación e entercados con la comunidad. Posteriormente toma la iniciativa de elaborar un programa que proveerá alberge a los jóvenes drogadictos, pandilleros, etc. Ya para el año de 2.012, el Pastor, muere y el ministerio se quedó a cargo de su esposa, su hermano y un equipo de trabajo los cuales desarrollan una función muy importante para todos los que lleguen a buscar ayuda al lugar.

1.1.1 Misión

Elaborar programas espirituales y psicológicos para el tratamiento de las adicciones y sus implicaciones en otros deterioros de la vida comunal. Los programas son elaborados en base

1.1.2 Visión

Restaurar la cosmovisión de la persona adicta con respecto a sí mismo y al mundo que lo rodea.

1.1.3 Filosofía

La restauración por medio de tres áreas importantes para el quehacer humano

1. Atención espiritual
2. Atención psicológica
3. Atención física

Bajo estos tres paradigmas se busca aliviar la dependencia a las drogas y otros males, integrar a las personas nuevamente a la sociedad con el fin de servir para ayudar a otros que se encuentran en la misma situación.

1.1.4 Políticas institucionales

Para el personal interno:

Actualmente se cuenta con un Director, una secretaria, tres cocineros y 15 personas encargados de cada habitación. También líderes nacionales de iglesia quienes se turnan para atender a las personas.

Cada una de estas personas debe contar con un carácter prescindible para atender a los pacientes y a las familias de los mismos. Además deben poseer buena presentación y un nivel ético alto.

Se pide de las personas encargadas de cocina que sean amables y que puedan servir de manera gustosa los alimentos. En cuanto a los encargados de las habitaciones deben ser estrictos en orden y disciplina. Cada una de estas personas devenga un salario.

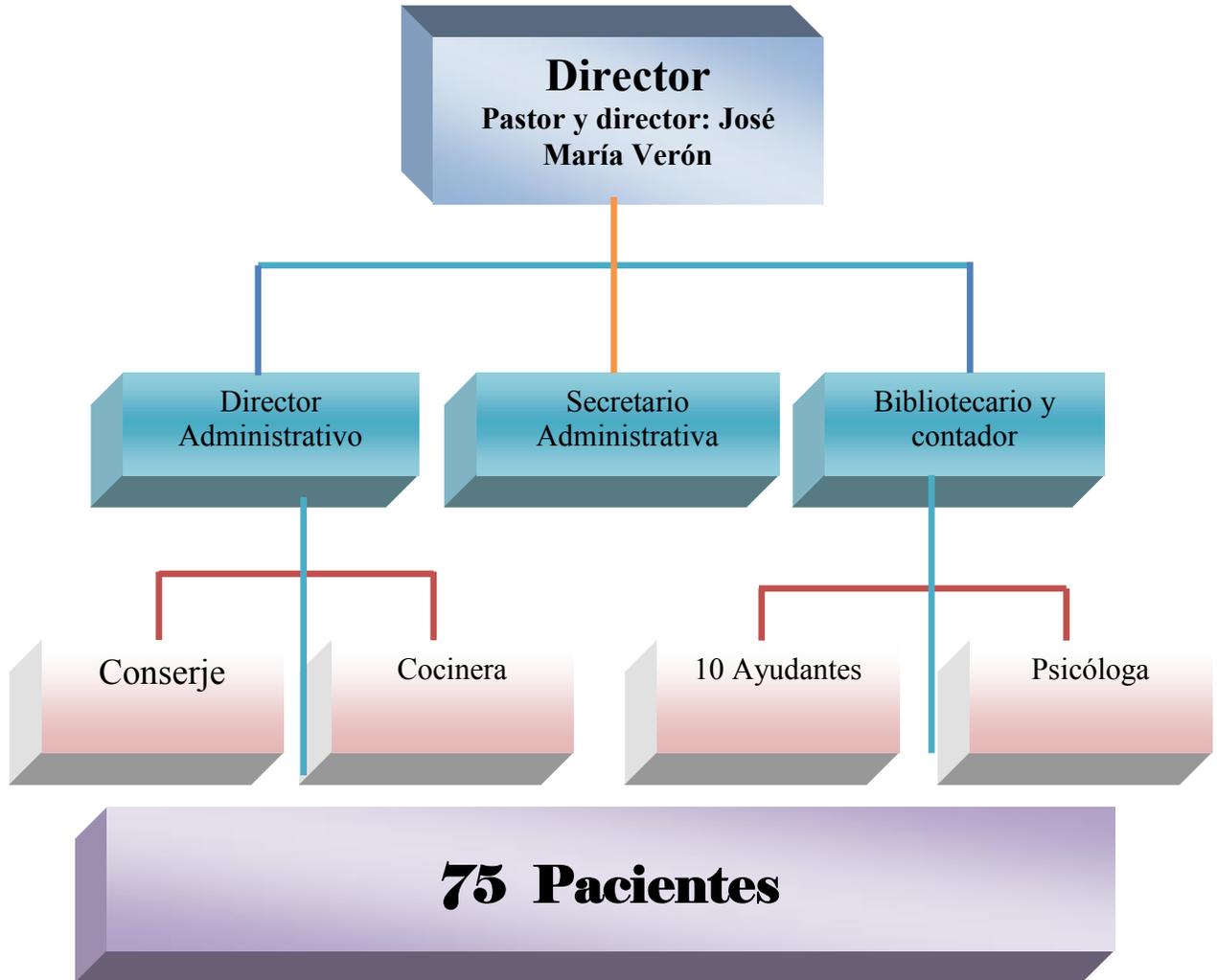
Para los pacientes:

Requisitos para ser aceptados como pacientes internos

1. Evaluación previa
2. Consentimiento escrito de familiares
3. Entre 17 y 60 años
4. Pago mensual de una cantidad establecida por la institución.
5. Estar dispuesto a someterse a lo que la institución organiza y ejecuta.

Ilustración 1

Organigrama del Hogar de Rehabilitación El Buen Samaritano



Fuente: archivo secretarial, centro de rehabilitación **pon el nombre del centro de rehabilitación**. Guatemala 2010.

1.1.5 Objetivos

1. Contribuir al mejoramiento de la salud de las personas que sufren de dependencia
2. Elaborar planes de acción integral para que los pacientes se reintegren a la sociedad
3. Formar líderes que puedan contribuir a otras comunidades en la rehabilitación de personas adictas

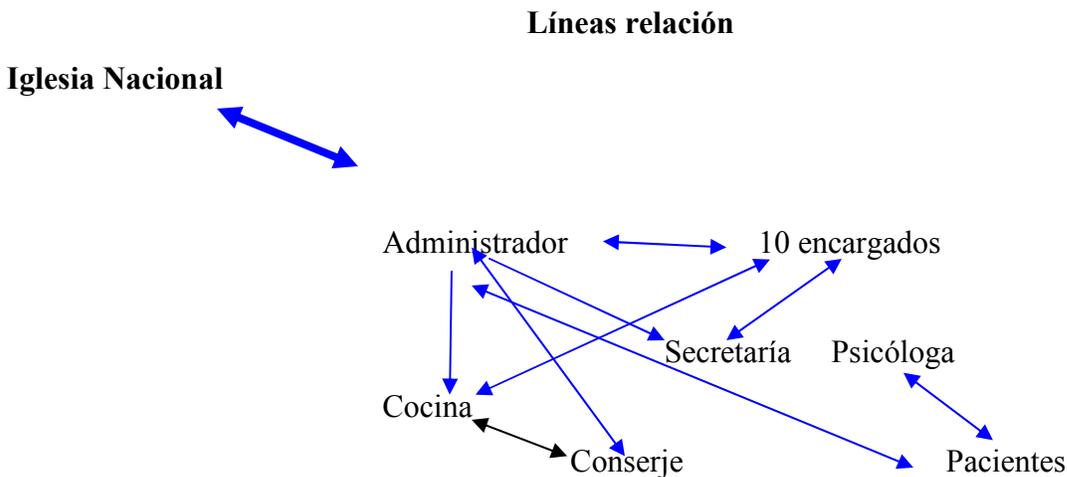
1.1.6 Población que se atiende

Características

La población en general es de nivel económico bajo. La escolaridad se ubica entre 6 de primaria. El origen étnico en una mitad de la población es indígena, y mitad mestizos. El 30% de la población son padres de familia y el 97.88% sufrieron totalmente la desintegración familiar y actualmente están abandonados por sus familiares, debido a que ellos ya no pudieron lidiar con la situación.

Físicamente sufren de insomnio, cefaleas, problemas del hígado, tics, y otros. Emocionalmente están ansiosos, con episodios neuróticos, psicóticos y poseen una cosmovisión negativa de la vida y de sí mismo. Muchos se están rehabilitando de la drogadicción, la prostitución y hay quienes también han salido del vandalismo.

Relaciones institucionales



Las relaciones se establecen bilateralmente entre la iglesia nacional y el administrador, en tanto el demás personal administrativo la mantiene con el Administrador. Se establecen en base a la comunicación efectiva. Cuando existe comunicación bilateral es porque hay necesidades que atender y se necesita del lenguaje como medio para mejorar la situación, en este caso. El lenguaje es sinónimo de establecer conciencia.

Servicios que presta

- ✓ Acompañamiento espiritual
- ✓ Internación
- ✓ Tratamiento Psicológico para pacientes
- ✓ Servicio médico para los pacientes
- ✓ Asesoramiento psicológico para las familias
- ✓ Consejería cristiana

Fortaleza, oportunidades, debilidades y amenazas



1.2 Planteamiento del problema

Descripción

En Guatemala, los patrones de crianza condicionan el psiquismo de los ciudadanos; lamentablemente las estadísticas reflejan que en las diferentes comunidades del país dichos patrones se manifiestan bajo diversas formas entre ellas sobresalen las ideas de género, como por ejemplo el machismo; violencia psicológica dirigida a niños y a madres de familia, falta de valores, alcoholismo, drogadicción y falta de oportunidades. Todo ello repercute significativamente en la cosmovisión que un adolescente tiene del mundo presente y futuro, y es allí cuando se establece lo que en pedagogía se conoce como conducta aprendida. Por consiguiente los índices de drogadicción, abuso sexual, desvalorización de género y de la vida se manifiestan en expresiones plurales, llevando a los individuos a la disonancia social. Estos aspectos deben mencionarse desde el principio en este estudio, pues es allí donde radica el centro de la atención psicológica. (Mejía, Nineth, Guatemala 2004; P. 4)

El alcoholismo, la drogadicción, las ideas suicidas dirigidas a otros, y otras enfermedades se entenderán como actos emocionales que las personas ejercen para poder aliviar el conflicto psicológico al cual fueron expuestas. Se pretende en la terapia psicológica descubrir el origen de dichas conductas y erradicarlas, porque la práctica de las mismas afecta la integralidad de las personas, de la familia, de los grupos sociales y de la población en sí misma, convirtiéndose en problemas psicosociales. (Garavito Marco Antonio, Guatemala 2005; P. 18) y como resultado la muerte. Los grupos sociales en todas sus facetas son vulnerables ante la situación, sin embargo no saben la manera de ejercer el control y por consiguiente la problemática aumenta.

En cuestión de género, no hay diferencia, porque en el mundo industrializado y globalizado tanto los hombres como mujeres tienen a recurrir al alcoholismo, drogadicción, prostitución, vandalismo, secuestros y otro tipo de problemas.

Los riesgos psicosociales están incrementando en la población debido a esta situación emergente, ya que problemas tales como la drogadicción, el alcoholismo, los grupos antisociales son evolutivos, progresan e incrementan sus niveles de “hazañas”, anexándose a otro tipo de

situaciones peores que las primeras. Un ejemplo de ello es cuando una persona ya no siente placer solamente con el alcohol sino que también busca la droga u otro tipo de sustancias que le permitan aliviar su psiquismo; de la misma manera esto sucede con todas las enfermedades llamadas adicciones.

En el plano de las relaciones humanas, la armonía se sigue perdiendo, causando baja autoestima, estrés pos traumático, psicosis, neurosis y enfermedades físicas que afectan el bienestar de las personas.

La psicología social sigue haciendo énfasis en dicha situación, sin embargo, lo conveniente es que el Ministerio de Salud y organizaciones enfatizadas hacia el área de salud ejecuten programas de prevención y tratamiento hacia este cúmulo de afecciones. Las instituciones que realizan dicha labor son pocas y casi nunca se enfatizan a la prevención sino solamente al tratamiento y mejoramiento de las adicciones. Por otro lado, existen aquellas que carecen de conocimientos prácticos y científicos para ejercer sus labores, por lo que la efectividad del trabajo es medible en tiempo y este viene a ser ineficaz.

Las instituciones dedicadas a la rehabilitación, son tenidas como lugares de maltrato y desensibilización ante la situación humana que aqueja al enfermo. Muchas de ellas son dirigidas por ex alcohólicos, dragaditos, secuestradores, y otros, lo que conlleva a un riesgo significativo debido a que la recurrencia a la adicción es posible, conllevando al desmoronamiento de la forma y el ideal de salud.

La Liga Nacional de Higiene Mental aporta elementos significativos para el estudio de esta problemática, definidos en una psicología humanista y antropológica aseguran que el problema de la rehabilitación e integración a la sociedad, depende en gran medida de los paradigmas sociales que se están estableciendo al pretender aliviar el problema.

El reto para la psicología es elaborar terapias alternativas que permitan el re encuentro de la persona y misma. Situándose en las variantes y factores que pueden disminuir la vivencia de los individuos en comunidad.

Justificación y limitantes del estudio:

Los efectos de las adicciones manifestadas en la drogadicción, y otros abusos de sustancias, se han trasladado a la familia y las comunidades de quienes lo padece. Todo ello ha conducido a situaciones catastróficas como es el secuestro, el narcotráfico y la prostitución.

Las respuestas que contradicen la situación, son más de carácter castigador, y generalmente el Gobierno no implementa soluciones a la causa, las instituciones que participan en la mejora son de tendencia autónoma, no sistemáticas y con escasos recursos económicos, físicos y humanos. La diversidad evolutiva que surge en las adicciones (prostitución, vandalismo, secuestros, asaltos y otros. Que necesitan ser atendidas desde la realidad misma del problema, lo que en investigación se conoce como ruptura del conocimiento.

Para poder enfrentar el conflicto según Carlos Orantes Trocoli, analista social, se necesita de preparar a la comunidad para construir conciencia de aceptación y valorización del individuo afectado por las adicciones y todo lo que implica la evolución de estas enfermedades. En su discurso del Barrio, Manuel García, afirma que los problemas sociales se enfrentan desde la individualidad y desde la familia como grupo primario.

Por la evolución del problema, es necesario que este estudio enfatice, las repercusiones en la salud y en la comunidad. Las propuestas deben establecerse metodológicamente para movilizar instituciones gubernamentales y no gubernamentales al tratamiento y erradicación de la problemática en las presentes y futuras generaciones.

Limitantes

El problema de las adicciones y su evolución es abordado desde la perspectiva de jóvenes que pretenden rehabilitarse en centros autónomos, independientes de un sistema financiero. Dichos

jóvenes son de familias que han carecido de una correcta interpretación del mundo en cuanto a relaciones humanas y con el sistema en sí.

La base central del estudio se establece describiendo la manera en que las adicciones tales como el consumo de alcohol, drogadicción y otras sustancias llevan a los individuos a ejercer violencia sexual, matanzas, tráfico de drogas, vandalismo dentro de un contexto determinado.

Determinación del Problema:

El incremento de las adicciones y su respectiva evolución está alcanzando a personas de diferentes niveles socio económico entre las edades de 14 a 50 años, con la diferencia que prevalece la vulnerabilidad al tratamiento psicológico y médico los de nivel bajo alto y medio bajo.

Se estableció que en cada familia guatemalteca, puede existir el factor riesgo de adicciones en uno de sus miembros sin importar género. El informe de Práctica supervisada en el Hospital de Rehabilitación Dr. Von Han de la ciudad de Guatemala, realizado por estudiantes de Licenciatura en Psicología, arrojan datos que confirman que la sintomatología de un adicto incrementa hasta presentarse signos tales como, desgaste físico, alucinaciones, psicosis; todo ello a nivel individual, pero a nivel social se ejerce prostitución, tabaquismo, narcotráfico, vandalismo entre otros. Se dice dentro de este estudio que en la población del Oriente del país, el concepto de machismo está en relación a las adicciones y que los hombres y mujeres necesitan redefinirse dentro de ese concepto, provocando baja auto estima. Muchas personas en su afán de consumir más las sustancias a las cuales son expuestas necesitan obtener recursos económicos por lo que ejercen la violencia según consideren conveniente.

La familia es el primer órgano social que lucha con este problema, al verse limitada de posibles soluciones rechazan al individuo dejándolo en el abandono, en este caso será la sociedad quien enfrente el problema.

Dentro de este parámetro teórico metodológico práctico se pretende redefinir al ser para rescatar a la familia e incluirlo dentro de su propio contexto, todo ello es posible gracias a la terapia psicológica, relacionándola directamente con las otras ciencias auxiliares.

Definición del problema:

¿Cómo evolucionan las adicciones tales como el alcoholismo, drogadicción, y el consumo de otras sustancias manifestadas plenamente en el contexto social a través de prostitución, vandalismo, narcotráfico y matanzas?

Definición.

Adicciones. Se define como una enfermedad que se caracteriza por la ingesta a través de varios órganos del cuerpo, de sustancias (todas las que provoquen dependencia) que causan placer, y por consiguiente se vuelven repetitivas convirtiéndose en una conducta obsesiva compulsiva.

Alcoholismo

Es el consumo de alcohol que provoca en los individuos varias reacciones emocionales y enfermedades físicas.

Drogadicción.

Es la dependencia de una sustancia adictiva.

Sustancias adictivas

Se define como el uso de sustancias a las que el individuo se vuelve exageradamente dependiente, tales como la marihuana, cocaína, crack, alucinógenos y otras.

Contexto social

Es el lugar o espacio donde habita una comunidad allí el individuo encuentra familia, costumbres, idiomas entre otros. Sintetizando, es el lugar donde las personas se desarrollan y conviven en sociedad.

Prostitución

Es prestar o solicitar servicios sexuales a cambio de remuneración económica

Vandalismo

En Guatemala se le considera como la organización de individuos con características antisociales que pretenden ejercer control sobre otros grupos por medio de diferentes manifestaciones dañinas.

Narco tráfico

Es el tráfico ilegal de drogas sustancias y productos.

Suicidio

Se entiende como la intención de acabar con la vida, ya sea dirigida hacia el propio sujeto o hacia otros.

Delimitación del Problema

Ámbito Geográfico

Ciudad de Guatemala, zona 6 Casa de restauración “El Buen Samaritano”

Ámbito Institucional

Universidad Panamericana de Guatemala, Campus El Naranjo

Ministerio Público

Ministerio de Salud

Hospital psiquiátrico

Centros de rehabilitación

Ámbito Profesional

Estudiantes de psicología.

Líderes religiosos

Catedráticos Universitarios

Consejeros sociales

Ámbito Temporal:

El tiempo que se efectuó la práctica fue de aproximadamente de ocho meses a partir de enero a octubre del año 2.011.

Ámbito Temático

“La dependencia de sustancias y las repercusiones de su evolución en la sociedad actual”.

Capítulo II

Referente teórico

Tema: “La dependencia de sustancias y las repercusiones de su evolución en la sociedad actual”.

2.1 Definiciones conceptuales

Adicciones:

La adicción es una enfermedad primaria, crónica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestaciones. La enfermedad es frecuentemente progresiva y fatal. Es caracterizada por episodios continuos o periódicos de: descontrol sobre el uso, uso a pesar de consecuencias adversas, y distorsiones del pensamiento, más notablemente negación. (García, Manuel; México 2004:18).

En el sentido tradicional una adicción, es una dependencia hacia una sustancia, actividad o relación que arrastra a la persona adicta lejos de todo lo demás que le rodea. La Organización Mundial de la Salud, ha definido las adicciones como todas las conductas que sujetan la psique de las personas a un objeto determinado (alcohol, sexo, tecnologías etc.). Pero en este sentido nos centraremos más en las adicciones que tienen que ver con el alcohol, la droga, el sexo y el vandalismo.

A. Fases

Las adicciones son evolutivas, en el sentido de ir estableciéndose paulatinamente en el individuo de la siguiente manera:

Primaria. Se refiere a que la adicción no es un síntoma de otro proceso patológico subyacente. Es decir, inicia como una conducta sin importancia para luego ir progresando, hasta convertirse en una enfermedad.

Enfermedad. Significa una discapacidad involuntaria y representa la suma de fenómenos anormales que se presentan en un grupo de individuos. Estos fenómenos están asociados con un

conjunto específico de características comunes, por lo que estos individuos difieren de la norma, y que los coloca en desventaja.

Frecuentemente progresiva y fatal. Significa que la enfermedad persiste a lo largo del tiempo y que los cambios físicos, emocionales y sociales son frecuentemente acumulativos y progresan mientras el uso continúa. La adicción causa muerte prematura a través de sobredosis, complicaciones orgánicas que involucran al cerebro, hígado, corazón, y otros órganos, dependiendo del tipo de adicción; y contribuye a la ocurrencia de suicidios, homicidios, violencia, maltrato, violación y abuso sexual, accidentes y otros eventos traumáticos interpersonales y/o familiares.

Descontrol. Se refiere a la inhabilidad para limitar el uso, la duración del episodio de uso, la intensidad del uso y las consecuencias conductuales del uso. (Instituto de Rehabilitación Mexicano, Revista semestral 2010).

2.2 Dependencia

Es un padecimiento que consiste en la dependencia de sustancias químicas que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, que producen alteraciones en el comportamiento, en la percepción, en el juicio y en las emociones. Los efectos de las drogas son diversos, dependen del tipo de droga y de la cantidad o de la frecuencia con la que se consume. (Morales Reyes, Andrés.; Guatemala 2007:287).

La dependencia a las drogas es de dos tipos:

- A. Física. El organismo se vuelve necesitado de las drogas, tal es así que cuando se interrumpe el consumo sobrevienen fuertes trastornos fisiológicos, lo que se conoce como Síndrome de abstinencia. Por ejemplo, el café, la coca cola, los somníferos, la medicina para la presión arterial entre otras.
- B. Psíquica. Es el estado de euforia que se siente cuando se consume droga, y que lleva a buscar nuevamente el consumo para evitar el malestar u obtener placer. El individuo siente una imperiosa necesidad de consumir droga, y experimenta un desplome emocional

cuando no la consigue. Por ejemplo, la abstinencia de la cocaína no trae síntomas como vómitos ni escalofríos; en cambio se caracteriza principalmente por la depresión. (Página Virtual: .Wikipedia, Dependencia).

2.3 Evolución social

La evolución social de cualquier fenómeno está caracterizada por el progreso significativo que se establece en el contexto de cada individuo. La dependencia a drogas se ha considerado como un fenómeno social debido al establecimiento en el psiquismo. Un fenómeno psíquico, según lo define Marco Antonio Garavito de la Liga Nacional de Higiene Mental Guatemalteca es la afección de varios individuos, es decir, en comunidad.

La evolución de la dependencia a drogas, se eleva hasta los niveles económicos de las comunidades. Para muchos, el problema puede ser beneficioso en cuanto hay tráfico y remuneraciones grandes. De igual manera, se establecen conductas aprendidas como las violaciones, actos ilícitos como lo es el secuestro el vandalismo y otros.

Todo lo antes planteado es a nivel general, pero qué se puede decir del individuo como persona. La evolución es paulatinamente de menos a más cantidad de dependencia a una droga, en psicología se ha considerado que generalmente esta enfermedad usa otras vías para poder seguir creciendo, entre esas vías están la dependencia a otra droga distinta a la primaria.

Las drogas en la sociedad deterioran los valores sociales, el imaginario social de un hombre prudente y ético se desvaloriza. Además debemos considerar que “las drogas” también son imaginario social, que ha evolucionado para ser aceptado dentro de la cultura, lo que afecta en gran medida el trabajo psicológico que se puede presentar en un país con respecto al tema. Para mencionar y apoyar este fundamento se dice que en algunos países latinoamericanos es legal consumir y vender drogas. Cada vez, esta dependencia va tomando nuevas direcciones y nuevos rumbos. (Revista, encuentro nacional sobre drogodependencia y otras afecciones, España, 6 edición 2009).

2.4 La pluralidad de la drogodependencia

La dependencia a sustancias se manifiesta de diferentes maneras, las sustancias varían, según la cultura, el origen étnico y el acceso que se tiene a ellas:

Dependencia a marihuana

La marihuana es una de las drogas mayormente consumida en el mundo, aunque se le reconocen muchos efectos terapéuticos y medicinales, desarrolla adicción, dependencia y tolerancia. (Mejía, Nineth; Psicofarmacología: Guatemala 2006. P. 25)

Muchos de los pacientes del centro, manifestaron que su dependencia a las sustancias inicio precisamente con la marihuana. Aseguran que es una droga fácil de conseguir, barata y que está alcance de todas las personas.

Se le conoce en el mercado como: Bhang, Charas, Dagga, Ganja, Hachís, Hemp, Mariguana o Kif. Es una droga que tiene efectos sedantes y estimulantes que pueden variar dependiendo de la concentración y dosis de la droga y produce diferentes grados de intoxicación.

Los efectos inmediatos que se presentan con su consumo son: euforia, enrojecimiento de los ojos, aceleramiento de los latidos cardíacos, aumento de la presión arterial, temblores, vértigos, dificultad para coordinar los movimientos, dilatación pupilar y resequedad de la boca y la garganta. (García, Orlando; Argentina 1999: 52).

2.5 Diagnóstico según el DSM-IV

Patrón desadaptativo de consumo de *Cannabis* que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los siguientes ítems en algún momento de un período continuado de doce meses:

(1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de *Cannabis* para conseguir el efecto deseado

(b) el efecto de las mismas cantidades de *Cannabis* disminuye claramente con su consumo continuado

(2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) El síndrome de abstinencia característico para *Combis*.

(b) se toma *Cannabis* (o una sustancia muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

(3) *Cannabis* es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

(4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de *Cannabis*

(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de *Cannabis* (p. ej., desplazarse largas distancias), en el consumo de *Cannabis* (p. ej., tomarse uno tras otro) o en la recuperación de los efectos de *Cannabis*

(6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de *Cannabis*

(7) se continúa tomando *Cannabis* a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la misma.

Los sujetos con dependencia de *Cannabis* presentan un consumo compulsivo y en general no desarrollan dependencia fisiológica, aunque la tolerancia a muchos de los efectos de *Cannabis* ha sido observada en sus consumidores crónicos. También se han observado algunos síntomas de

abstinencia, pero sin significación clínica. Los sujetos con dependencia de *Cannabis* consumen abundantes cantidades a lo largo del día durante meses o años e invierten muchas horas para adquirir y consumir la sustancia, lo que interfiere con frecuencia las actividades sociales, laborales o recreativas. Los sujetos con dependencia de *Cannabis* pueden persistir en el consumo a pesar de conocer los problemas físicos (p.ej., tos crónica relacionada con fumar tabaco) o los problemas psicológicos (p.ej., sedación excesiva como resultado del consumo de dosis altas) que ello comporta.

2.6 Dependencia al alcoholismo

Entre las drogas clasificadas como depresoras del sistema nervioso central, se encuentran las bebidas alcohólicas. El alcohol es una sustancia que se halla en las bebidas fermentadas como el vino, la cerveza, la sidra y otras, o en las destiladas como el aguardiente, el ron, el coñac, la ginebra, el whisky y otros.

El alcoholismo es una enfermedad viro-metabólica condicionada por la exposición continuada del cuerpo al alcohol. Está caracterizada por el deseo insaciable de beber dicha sustancia, pérdida de control para no seguir bebiendo después que se comienza, dependencia física o aparición de síntomas después de la abstinencia, y tolerancia o necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerida. Muchas veces las actividades de la persona giran en torno a la sustancia; es posible que dedique mucho tiempo a conseguirla, tomarla y recuperarse de sus efectos. Y a pesar de que vea las consecuencias, tanto físicas como psicológicas que le provoca el consumo, continúa consumiéndola. (Monografías.com)

Diagnóstico según el DSM-IV

Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por tres (o más) de los siguientes 7 criterios, que ocurran en cualquier momento, de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:

- a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) Efecto marcadamente disminuido con el consumo continuado de las mismas cantidades de alcohol.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes:
- a) El síndrome de abstinencia característico para el alcohol (ver DSM-IV para más detalles).
 - b) El alcohol es ingerido para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. El alcohol es frecuentemente ingerido en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo del alcohol o en la recuperación de los efectos del mismo.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol.
7. Se continúa ingiriendo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que son causados o exacerbados por el consumo del alcohol (p. ej., ingesta continuada de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Dependencia al Crack

El término *crack* (sinónimo de *piedra*) es el nombre vulgar de un derivado de la cocaína; en concreto, del que resulta de hervir clorhidrato de cocaína en una solución de bicarbonato de sodio

o amoníaco, es decir, una pasta amarillenta e insoluble en agua que flota en la superficie y se endurece al enfriarse y que luego se recupera fácilmente en forma de "rocas".

El término *crack* es una onomatopeya que sugiere el ruido que hacen las piedras de esta droga al calentarse por la evaporación de la cocaína en base que contienen, al liberarse de la mezcla con el bicarbonato de sodio. También recibe nombres vulgares por parte de los usuarios a esta droga, como *rocas*, *chulas*, *pops*, *piedras*, *niñas*, *duras*, *hielos*, *rock&roll* o *rockstars*, entre otros; a veces erróneamente se le confunde con la pasta básica de cocaína, llamada también *bazuco* o *paco*, que es la costra que queda en la olla donde preparan la cocaína y está compuesto por los alcaloides de la planta sin refinar ni purificar. (Escohotado, Antonio, *Historia general de las drogas*; España 1999: 85).

Generalmente estas tres primeras drogas se han considerado como estimulantes del afecto.

Alucinógenos

- A. Fenciclidina. Droga psicoactiva que causa alucinaciones.
- B. Dietilamida del ácido lisérgico o lisérgida. (LSD)
- C. Psilocibina (Hongos)

Entre las drogas más recurrentes que los pacientes han usado, se encuentra la marihuana, el crack y los hongos alucinógenos. Estas han sido fáciles de conseguir y no requieren de mayor esfuerzo dentro del contexto social al cual son expuestos.

2.7 Efectos de la dependencia a drogas

- A. Trastornos fisiológicos: entre los trastornos fisiológicos tenemos el síndrome de abstinencia, convulsiones, cambios en el ritmo cardíaco, deterioro del sistema nervioso central entre otros.
- B. Trastornos psicológicos: entre los trastornos psicológicos tenemos: alucinaciones, tendencias paranoicas, depresión, neurosis entre otros.

C. Deterioro y debilitamiento de la voluntad: el drogadicto se vuelve literalmente un esclavo de la droga, pudiendo hacer lo que sea para conseguirla.

D. Deterioro de las relaciones personales: el drogadicto ya no es capaz de mantener relaciones estables, ya sea con familiares o amigos. Muchas veces roba o engaña para poder conseguir droga, lo cual deteriora aún más sus relaciones.

E. Baja del rendimiento en el trabajo o en el estudio. Se llega al grado de abandonar metas y planes, recurriendo a la droga como única "solución".

F. Consecuencias sociales: el drogadicto puede verse involucrado en agresiones o conflictos. Bajo la influencia de la droga se pueden llegar a cometer crímenes tales como robos o asesinatos.

G. Consecuencias económicas: El uso de drogas puede llegar a ser muy caro, llevando al drogadicto a destinar todos sus recursos para mantener el consumo.

Las drogas no solamente tienen consecuencias negativas para quienes las usan. También se ven afectadas las personas que rodean al drogadicto, especialmente las de su entorno más cercano, como familiares y amigos. No es sólo la vida del drogadicto la que está en juego. (Martí, O; Todo lo que quisiste saber sobre la dependencia a las drogas y nunca te atreviste a preguntar. España 2004. S.p).

2.8 Diseño del plan de tratamiento: Tratamiento a la dependencia de drogas

Cada persona es única y con necesidades diferentes, por eso es conveniente que se reúnan recursos para cada situación específica.

Estrategias de intervención

Las estrategias de intervención son importantes de ellas depende el mejoramiento de cada paciente. Se debe tomar en cuenta las nuevas propuestas teóricas que existen para llevar a cabo una función efectiva.

Un buen tratamiento médico.

Aunque no se conoce aún la medicina para aliviar la dependencia, si es cierto que la intervención médica ha podido solucionar los problemas en relación con el sistema nervioso central y otras afecciones físicas. Como en cualquier tratamiento integral se necesita de una buena dosis de medicina según el galeno lo considere.

La intervención psicológica. La intervención psicológica debe darse directamente según una corriente definida. Para este caso, la escuela definida de intervención ha sido la logoterapia. La logoterapia invita a los individuos a encontrar el sentido de la vida y a reconciliarse conscientemente consigo mismo y con el mundo que lo rodea. Para ello se necesita de un perfil psicológico de quien ejerce la terapia de comprensión, cariño y armonía.

Terapias alternativas

Existen además una serie de terapias no-tradicionales que pueden ser utilizadas como estrategias de intervención clínica, en los casos que lo ameriten. Como por ejemplo la ludo terapia, el arte y otras.

2.9 Evolución interna social de las drogas

En este apartado haremos mención brevemente de cómo el problema de las drogas ha ido evolucionando en el proceso que los pacientes del Centro de Rehabilitación “El buen Samaritano” sufrieron. Es una breve descripción, porque la problemática es sumamente grande y por ello se hace conveniente resumirla a lo siguiente:

Las drogas y el vandalismo

En Guatemala generalmente el vandalismo esta en relación con los problemas de dependencia a sustancias, a veces pareciera ser un requisito para poder ingresar a una pandilla o a un grupo rebelde organizado. En el vandalismo se busca, placer, seguridad, euforia entre otras. Las drogas proveen estos componentes, muchos de los males que estos grupos ejercen a la sociedad se dan

precisamente en esos estados alterados de conciencia. En el vandalismo además, la droga ejerce control, imaginario de poder, de allí su importancia y su completa comprensión. En estos grupos, no hay un estereotipo que condicione como algo malo el uso de drogas por ello, el joven que empieza pueda tener aceptación en él, de allí, que muchos busquen el vandalismo como medio de aceptación a su problema.

Prostitución

Increíblemente los datos demuestran que los jóvenes varones, sometidos a las crisis de drogadicción también ejercen la prostitución. Es mal que aún no se haya hecho tan evidente en la sociedad, está oculto pero es real. Los jóvenes recurren a esto en estados de drogadicción, según informa el Dr. Emilio Mendoza, psiquiatra del Hospital Nacional de psiquiatría que el uso de drogas, está en conexión con la libido humana.

Los jóvenes del centro de rehabilitación “El buen Samaritano” afirmaron que en varias ocasiones buscaron la prostitución y la ejercieron como un medio para conseguir dinero.

Secuestros, asaltos y asesinatos

Pareciera ser que las drogas son un componente que predisponen a los individuos para ejercer fechorías. Muchos de los jóvenes entrevistados y atendidos afirmaron que por cuestiones económicas y de remuneración familiar, el consumo de drogas iba acompañado de secuestros, asaltos y asesinatos, solamente en estados alterados de conciencias, según ellos, podía ejercer este tipo de daños. El uso de drogas los encaminó hacia estas situaciones. Situaciones que fueron vividas con el peor estado psíquico que en su momento pudieron tener. Esto los alejó completamente de la sociedad, optando por conductas antisociales bien definidas en el transcurso de los estados alterados de conciencia que producen las drogas.

Capítulo III

3.1 Referente metodológico

Programa de curso



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

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

PROGRAMA DE ESTUDIO

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

FECHA DE RECEPCIÓN	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">MES</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">01</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">2,011</td> </tr> </table>	MES	AÑO	01	2,011			
MES	AÑO							
01	2,011							
	Sello Registro y Control Académico	Firma Catedrático	Vo.Bo. Decano					

II. Propósito del Curso

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

práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional.

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

III. Objetivos Generales

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

Específicos

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

IV. Contenido Temático del Curso

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

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

V. Criterios para el desarrollo del curso o metodología

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

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

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

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

VI. Formas o Técnicas de Evaluación

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

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

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

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

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

VII. Calendarización o Cronograma de Actividades

I TRIMESTRE

<i>Fecha</i>	<i>Actividad programada</i>
Enero	
Sábado 22	Entrega de programa, explicación de procedimientos y registros.
Sábado 29	Explicación de hojas de registro de procesos y Perfil Institucional.

Febrero	
Sábado 5	Entrega de autorización escrita de centros de práctica. Reforzamiento de temas de evaluación, diagnóstico e intervención.
Sábado 12	Idem
Sábado 19	Primera parte: presentación de caso 1 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Sábado 26	Primera parte: presentación de caso 2 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Marzo	
Sábado 5	Primera parte: Presentación de caso 3 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual mes de febrero
Sábado 12	Primera parte: Presentación de caso 4 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2 Entrega Perfil Institucional
Sábado 19	Primera parte: presentación de caso 5 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Sábado 26	Primera parte: presentación de caso 6 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Abril	
Sábado 2	Primera parte: Presentación de casos 7 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1 Entrega informe mensual marzo Entrega de planificación de talleres
Sábado 9	Primera parte: Presentación de casos 8 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Sábado 16	Primera parte: Presentación de casos 9 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Sábado 23	ASUETO SEMANA SANTA
Sábado 30	Primera parte: Presentación de casos 10 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Mayo	
Sábado 7	Cierre de primera fase. Autoevaluación Entrega informe mensual abril

II TRIMESTRE

<i>Fecha</i>	<i>Actividad programada</i>
Mayo	
Sábado 21	Primera parte: Consideraciones generales y entrega de Memo Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Sábado 28	Primera parte: Presentación de caso 11 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Junio	

Sábado 4	Primera parte: Presentación de caso 12 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual mayo
Sábado 11	Primera parte: Presentación de caso 13 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Sábado 18	Primera parte: Presentación de caso 14 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Sábado 25	Primera parte: Presentación de caso 15 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Julio	
Sábado 2	Primera parte: Presentación de caso 16 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual junio
Sábado 9	Primera parte: Presentación de caso 17 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Sábado 16	Primera parte: Presentación de caso 18 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Sábado 23	Primera parte: Presentación de caso 19 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Sábado 30	Primera parte: Presentación de caso 20 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Agosto	
Sábado 6	Primera parte: Presentación de caso 21 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2 Entrega de informe mensual Julio
Sábado 13	Primera parte: Presentación de caso 22 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Sábado 20	

III TRIMESTRE

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

Sábado 5	
Sábado 12	
Sábado 19	Evaluación final y autoevaluación
Sábado 26	Cierre de fase III. Actividad especial.
Noviembre	
Sábado 3	

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

Investigaciones por Internet

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

IV. Bibliografía

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

3.2 Cronograma de actividades

Planificación de actividades por mes en el centro de práctica

Primer Mes de Febrero

Objetivo	Actividad	Fecha	Recursos	Participantes	Modalidad
Reconstruir el concepto de sociedad en los pacientes del centro de rehabilitación	Campeonato a favor de la vida	Primer viernes	Personal encargado de atender las habitaciones Psicólogo de planta Cancha de foot.	Pacientes. Encargados Otros equipos invitados Personal administrativo	Interna
Ayudar a los pacientes a re integrarse a la sociedad	Limpieza de áreas verdes	Segundo viernes	Material de limpieza para áreas verdes	Pacientes Personal Administrativo Psicólogo	Externa
Transformar el pensamiento de los pacientes de negativo a positivos	Taller artístico	Tercer viernes	Material artístico: papel, tijeras, pegamento, pinturas, pinceles y otros.	Psicólogo	Externa
Fomentar las buenas relaciones entre los pacientes	Concurso de talentos	Cuarto viernes del mes	Según lo requieran los pacientes	Psicólogo	Interna

Segundo Mes de Abril

Objetivo	Actividad	Fecha	Recursos	Participantes	Modalidad
Confrontar a los pacientes con la realidad de las drogas	Taller y sesiones de profundidad	Primer viernes	Mesas, sillas, botellas, hojas	Pacientes Psicóloga	Interna
Ayudar a los pacientes a		Segundo viernes	Sillas, mesas, fanelográficos	Pacientes Psicóloga	Interna

construir catarsis grupal				Invitados	
Permitir la rehabilitación integral de los pacientes	Jornada de limpieza y desintoxicación	Tercer viernes y Cuarto viernes	Clínica	Médicos Psicólogo	Interna

Tercer Mes Junio

Objetivo	Actividad	Fecha	Recursos	Participantes	Modalidad
Reconstruir las relaciones familiares entre los pacientes	Encuentro familiar	Primer viernes del mes	Salón de conferencias Psicólogo Personal administrativo	Familiares, Pacientes Psicólogo	Externa
Motivar la espiritualidad de los pacientes	Culto	Segundo viernes del mes	Iglesia anfitriona	Iglesia local Personal Administrativo Psicólogo	Externa
Erradicar los pensamientos obsesivos de los pacientes	Taller de terapia racional emotiva	Tercer viernes del mes	Láminas proyectivas Películas Testimonios	Psicólogo Pacientes	Interna
Fomentar la creatividad en los pacientes	Libre	libre	Libre	Pacientes Psicólogos	Interna

Cuarto Mes Agosto

Objetivo	Actividad	Fecha	Recursos	Participantes	Modalidad
Prevenir enfermedades física gastro intestinales	La sala del Chef	Primer viernes del mes	Platos Vasos Verduras Frutas	Personal Pacientes Psicólogo	Interna
Prevenir enfermedades de la salud	Conferencia	Segundo viernes del mes	Salón Proyector Láminas	Pacientes Psicólogo Médicos invitados	Interna

reproductiva					
Prevenir la intoxicación en los pacientes	Clínica médica	Tercer viernes del mes	Clínica	Médicos invitados Psicólogos Pacientes	Interna
Promover la actividad física	Caminata	Cuarto viernes del mes	Ropa cómoda	Pacientes Psicólogos Profesores e invitados	Externa

SUBPROGRAMAS

CUADRO DE PLANIFICACIÓN

Actividad	Objetivo	Recursos
Talleres Artísticos	Reconstruir la cosmovisión de la personalidad por medio de la ludo terapia	Hojas, Papel mesas, pinturas y otros
Concurso de Talento	Armonizar el ambiente con la psicología de los pacientes.	Salón de usos múltiples, bocinas, micrófonos, y otros
Taller de Profundidad	Descubrir por medio de la experiencias paciente-ambiente el origen de las adicciones	Sillas, salón, lápices, hojas
Juego de Roles y Psicodramas	Utilizar los recursos personales para enfrentar las adicciones.	Ropas para vestuario, pinturas, sillas, mesas, accesorios de limpieza personales

3.3 Talleres Artísticos

Horario: 9 a 11:30 am y 2 de la tarde.

Descripción:

Se pretende la desviación de pensamientos erróneos en los pacientes. A fin de que a través de la creatividad puedan encontrar un sentido a la vida.

Temática

1. Poesía
2. Canto
3. Instrumentos musicales
4. Dibujo
5. Comida

El psicólogo encargado de la actividad orientará a los pacientes acerca de la temática, se prepara con detalles, para luego al final de la tarde se presenten en una actividad comunitaria.

El psicólogo realizará sus observaciones:

Concurso de Talento

Horario: 9 a 2 de la tarde

Descripción:

Con el concurso de tales se busca que los pacientes desechen el estrés que les produce la falta de droga y la presión del Centro de Rehabilitación.

Temática

1. Poesía
2. Canto
3. Instrumentos musicales
4. Dibujo
5. Comida

Las bases para el concurso son:

1. Tema libre
2. Inédito

El psicólogo realizará sus observaciones:

Taller de Profundidad

Horario: 9 a 2 de la tarde

Descripción:

En los talleres de profundidad el conocimiento produce conciencia, se busca que los pacientes puedan adquirir conciencia del problema y puedan mejorar

Temática

1. Origen de la dependencia
2. Formas en que se ha manifestado
3. Problemas que les ha causado
4. Limitaciones ante la sociedad
5. Propuesta que surgen del grupo

El psicólogo realizará sus observaciones:

Juego de Roles y Psicodramas

Horario: 9 a 2 de la tarde

Descripción:

Se pretende que los pacientes tomen el lugar de sus familiares para que puedan observar su enfermedad desde otra perspectiva.

Temática

1. Padre
2. Niño
3. Adulto
4. Enfermo
5. Familiar

Al final de la actividad se tendrá que realizar una dramatización con los resultados obtenidos.

El psicólogo realizará sus observaciones:

Taller de Terapia Racional emotiva

Horario: 9 a 2 de la tarde

Descripción:

Es una terapia grupal que ayudará a los pacientes a eliminar sus pensamientos negativos y a confrontarse con el problema, sobre todo en cuanto a aceptación se refiere.

Temática

1. Pensamiento y vida
2. Pensamiento una forma de aliviar enfermedades
3. Los beneficios del pensamiento positivo
4. Adicción y pensamiento

El psicólogo realizará sus observaciones:

Capítulo IV

4.1 Presentación de resultados del

Programa de atención de casos:

Casos Atendidos: Total 22

Motivo de consulta	Queja principal	Hoja de evolución
Alcoholismo y agresividad	Golpea a sus seres queridos	Concientización del problema y utilización de recursos para sobrellevar la enfermedad
Fumador excesivo	Alucinaciones olfativas	Tratamiento médico psiquiátrico
Dependencia a la marihuana	Conductas sexuales inapropiadas para su ambiente	Inhibición médica de la libido y ejercicios psicológicos de control de impulsos.
Dependencia al pegamento y tiner	Robos y asaltos, para conseguir dinero	Control de impulsos.
Alcoholismo sexualidad exhibicionista	Masturbarse en áreas públicas y violaciones	Progreso significativamente por medio del control de impulsos.
Vandalismo y prostitución	Se prostituye para poder comprar droga	Dejó la prostitución, pero sigue consumiendo drogas esporádicamente
Dependencia al crack	No duerme y es agresivo	Puede dormir, sufre síndrome de abstinencia
Dependencia a las benzodiazepinas	Crisis neuróticas	Controla progresivamente la dependencia a las sustancias.
Vende marihuana y cocaína	Involucrado en problemas de asaltos y secuestros.	Conciencia de los males sociales que ha causado, busca la forma de restituir su vida psicológica por medio de la familia.
Alcoholismo	Familia desintegrada	Restituye su familia por medio de las terapias confrontativas.
Dependencia al sexo	Se droga todo los días	Controla sus impulsos sexuales

Dependencia a hongos	Roba dinero y viaja al interior de la república para buscar hongos y hiervas	Ya no viaja, pero se vuelve agresivo y busca otras drogas. Ha dejado la compulsividad paulatinamente.
Dependencia al crack	Toma clonacepam	Ya no toma clonacepam
Alcoholismo	Tiende a robar para conseguir remuneraciones	Ya no roba
Dependencia al alcohol y marihuana	Estrés severo por adicción	Se eliminó el estrés.
Vandalismo	Se droga constantemente	Dejó el vandalismo
Dependencia a pastillas	Empieza a “mirar” cosas que no existen	Tratamiento médico y terapias alternativas
Dependencia a la heroína	Pierde la mentalidad	Se controla de la dependencia
Robo y secuestro armado	Se inyecta sustancias que los hacen alucinar	Se inyecta en dosis pequeña y progresivamente va entiendo mejor el proceso
Dependencia a clonacepam	No duerme y sufre crisis neuróticas	Debido al tratamiento médico duerme y progresivamente vence la dependencia
Dependencia a la marihuana	Conductas sexuales inapropiadas para su medio	Controla conductas sexuales
Adicción a la cocaína	Alucinaciones auditivas	Aprende a controlar su adicción.

4.2 Logros

En primer lugar se puede mencionar la sistematización del conocimiento a través de la realidad del propio sujeto que es tomado como muestra, pero en el sentido ético, hubo conexión directa con la salud del paciente, se le ayudó a mejorar y a contralar su dependencia a las drogas.

Además la institución como tal, está ejerciendo parte activa en todos los procesos de integralidad. Y los familiares están tomando más atención a las necesidades de sus pacientes.

4.3 Limitaciones

El paciente no está acostumbrado a proporcionar información solicitada y existe poca cooperación de otras personas. Notablemente se hace ver el mecanismo de negación frente al problema que atraviesan. La terapia debe seguir por lo menos durante dos años, cuestión a la que hay poca predisposición institucional.

4.4 Conclusiones

1. **Sistematización de los casos.** Se realiza un recuento de los casos atendidos, tomando en consideración los siguientes puntos.
 - ❖ Motivo de consulta
 - ❖ Queja principal
 - ❖ Hoja de evolución, en esta hoja de evolución se describirá el proceso que ha tenido el paciente a lo largo de toda su actividad psicológica.
 - ❖ Se cuantificará de acuerdo a gráficas.
 - ❖ Se resumirán las características de todos los casos y se elaborará un informe de la institución.
2. Los problemas descubiertos en la atención de casos puede ser útil para la atención posterior de otros pacientes. Se utilizará el método de generalización, además esto será útil para la institución pues en casos de emergencia, se tiene un contenido teórico y una

forma de abordaje. Además sirve para que se creen programas de prevención y de tratamiento para las personas que padecen las adicciones.

3. Los pacientes necesitan atención psicológica especializada. Algunos pacientes no solamente necesitan atención psicológica, necesitan ayuda médica y psiquiátrica, sin descuidar la ayuda espiritual, está última ayuda a que las personas reconstruyan sus vínculos espirituales con sus creencias.

4.5 Recomendaciones

1. Llevar un registro sistémico de los casos y problemas. Este registro sirve para informar sobre las perspectivas que se tiene de los problemas. Sobre las distintas teorías que abordan el problema y la preparación que debe recibir la sociedad para enfrentar los problemas.
2. Elaborar diagnósticos que permitan el tratamiento integral. Los diagnósticos deben ser exactos, con objetividad y enmarcados desde las escalas que permiten el diagnóstico múltiple.
3. Permitir intervención psicológica desde la neurociencia. Actualmente las teorías médicas enfocadas desde la neurociencias, están haciendo descubrimientos para tratar el problema de las adicciones. El gobierno debe incluir dentro de sus programas de atención y especialización médica.

4.6 Muestra de caso atendido

Guía para elaboración del informe psicológico

I. Datos Generales

Nombre: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx **Sexo:** M
Fecha de nacimiento: 03 de abril del 1.981 **Edad:** 31 años
Estado Civil: Soltero
Escolaridad: 3ª primaria **Institución:** Colegio I.B.C.
Profesión: Zapatero
Ocupación y lugar de trabajo: A la par de su casa.
Religión: Católico
Dirección: La Brigada Zona 7 Mixco
Teléfono. Casa: xxxxxxxxxxxx **Trabajo:** xxxxxxxxxx **Celular:** xxxxxx

Referido por: Familiares para su previa internalización.

Fecha de inicio del proceso terapéutico: 20/06/2011

II. Motivo de consulta

“Dependencia a marihuana y no controla su carácter”.

II. Historia del problema actual

El problema inicio cuando el paciente tenía 14 años de edad, sus padres se divorciaron y quedó a cargo de dos tíos paternos. Según lo refiere, él se sentía solo y buscaba la compañía de alguien pues sus tíos eran alcohólicos y sufrió maltrato físico. Su madre optó por tener otra pareja e igualmente su padre.

Personal

Paciente es el primer hijo de una familia desintegrada. Su segundo hermano vivió hasta los doce años con él y posteriormente al divorcio de sus padres, su hermano tuvo que ir a vivir con su madre, mientras el paciente quedó a cargo de sus tíos paternos. Su padre falleció hace dos años, y su madre aún vive. No mantiene buena relación con ella, con su hermano se comunica muy pocas veces, y muestra un leve descontento cuando habla del tema familiar.

Familiar.

La relación con sus tíos fue estresante, porque el paciente empezó a consumir marihuana por influencia de unos amigos en el nivel básico. Después huyó de la casa de sus tíos y recurrió con su abuelo materno, con quien vivió tres años. Sus abuelos le proporcionaban todo lo que él necesitaba, sin embargo, el paciente les empezó a robar dinero para poder sufragar los gastos que la marihuana le ocasionaba. Cuando sus abuelos se dieron cuenta lo despidieron de su casa. En esos momentos estuvo con unos sus amigos y fue donde empezó a incluirse a las llamadas pandillas. Buscó a su madre y a su padre pero no lo aceptaron por la condición en que lo observaron y él quería que su hermano no cayera en esas condiciones. Pero lamentablemente no se le permitió acercarse a él y según su relato eso le causó mucha tristeza.

Se alejó durante cuatro años de todos sus familiares, y conoció a la edad de 20 años a una chica de 17 años con quien procreó un hijo varón, pero no hubo relación con el niño sino hasta los 9 meses después de nacido porque la madre también decidió alejarse del paciente por su adicción a la marihuana.

Experiencias

Agradables. Expresa que su mayor alegría fue ver a su hijo después de unos minutos de nacido.

Traumáticas. El rechazo de sus padres, cuando intentó dialogar con su hermano.

IV. Historia clínica

Personales

La madre del paciente tuvo complicaciones de aborto según lo refiere un familiar del paciente, y no quería tener a su hijo, sin embargo, fue algo que nunca se le dijo al paciente.

1. Historia prenatal:

La madre tuvo problemas de infecciones urinarias y según refiere un familiar tuvo “punto de aborto”. Sufrió fiebres y dolores de cabeza constantes.

2. Nacimiento:

El parto fue normal. No hubo necesidad de fórceps, ni trato especial para el niño.

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

Según lo refiere un familiar de sexo femenino, prima de la madre, asegura que el niño aproximadamente empezó a gatear a los seis meses y medio de edad. Camino a 11 meses y a sostenerse firmemente a los 13 meses. El niño no tuvo complicaciones desde el nacimiento para mover sus extremidades superiores e inferiores, sus ojos seguían los objetos mostrados, y balbuceaba constantemente. Dormía aproximadamente 24 horas y pedía comida a través del llanto, tomó leche materna hasta el año y dos meses, para posteriormente acostumbrarse al biberón. Aprendió a controlar esfínteres aproximadamente a los cuatro años, aunque su madre era castigadora cuando no podía controlarlos. A la edad de seis empezó a limpiarse cuando defecaba, sin embargo en este sentido su madre lo corrigió severamente.

4. Evolución de lenguaje

Paciente no tuvo problemas desde el balbuceo hasta la expresión del lenguaje completo. Utilizó sus manos para la expresión, utilizó adecuadamente los movimientos circulares. Aprendió fácilmente las palabras. A la edad de 7 años ya podía dominar las palabras para el lenguaje comunicativo cotidiano.

5. Desarrollo escolar

Tuvo problemas con las matemáticas en el segundo año, pero lo resolvió con la ayuda de una maestra que según el paciente lo apreciaba mucho, no perdió ningún año, pero sus calificaciones fueron bajas.

6. Desarrollo social

Tuvo mucho problemas para relacionarse en la escuela primaria, sus amigos, eran

selectos generalmente eran chicos “traviesos”, según relato del paciente. En la educación media o superior, fue disfuncional era rechazado por sus compañeros, y constantemente tenía problemas de adaptación a los grupos. Debido a eso en las pandillas encontró el refugio que necesitaba.

7. Adolescencia

Su adolescencia fue complicada porque no era aceptado en los grupos, además tuvo muchos problemas con sus familiares. Su primera novia, fue a los 15 años, con quien asegura se sintió muy feliz, y trato de cambiar, es decir de ya no inhalar marihuana. Luego de ella se enamoró de una joven de 19 años, pero ella lo rechazaba porque era menor que ella.

Según relata que fue un momento difícil para él porque cuando era niño se había propuesto a estudiar una buena carrera y luego ser médico, pero sus sueños se quedaron olvidados porque la adicción a la marihuana poco a poco iba incrementando.

8. Adulterez

El paciente comunicó que ha trabajado en varios talleres de zapatos, pero que siempre lo han despedido por su adicción y porque también empezó a consumir pegamento. En vista de ello, paciente empieza a formar su propio taller pero por la adicción, hubo descuido y gastos innecesarios por eso tuvo que alejarse y se le hizo más fácil recurrir a las pandillas y a los asaltos para poder sobrevivir.

9. Historia Psicosexual y vida marital

Solamente ha tenido formalmente una esposa a los 20 años. Sin embargo, mantiene relaciones sexo genitales constantemente con trabajadoras del sexo. Su primera experiencia fue a los 16 años, con una chica de 14 años. Asegura que la experiencia fue agradable. A los 25 años, tuvo una experiencia homosexual, fue violado por unos amigos, y en venganza él también violó a uno de los que cometieron el atentado contra él.

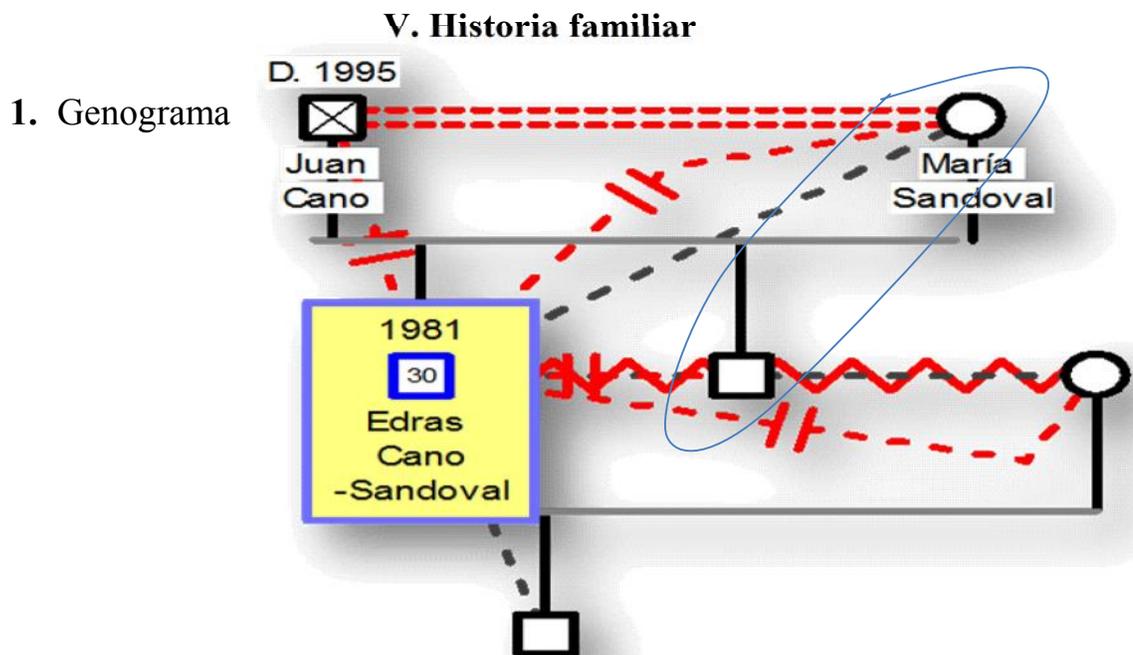
Asegura que el inhalar marihuana lo predispone para buscar varias parejas.

Informó que tuvo problemas serios con la adicción a la pornografía y a las prácticas

masturbadoras a los 17 años. Las crisis ansiosas que actualmente aparecen son debido a este problema. El paciente busca como satisfacerse, y generalmente usa la masturbación.

Personales patológicos

1. Historia médica: Predisposiciones a insuficiencia renal y altos niveles de azúcar. Por la relevancia del problema paciente sufre de crisis de ausencia.
2. Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores: Agresivo con sus familiares durante la edad de adolescencia. Ha tenido problemas del sueño desde los veinte años.



2. Estructura familiar: Paciente es el hijo mayor de sus padres quien engendraron y procrearon un segundo hijo. Las relaciones con su padre nunca fueron estables, pues en su niñez, el paciente no tuvo mucha comunicación con él porque trabaja muy duramente, estuvo a cargo de su madre y de sus tíos paternos. Sus padres se divorciaron e hicieron otra familia. Su hermano menor quedó a cargo de su madre, y hasta el día de hoy no mantiene comunicación con él.

3. **Antecedentes familiares:** El paciente tiene un hijo de aproximadamente 11 años de edad con quien no tiene comunicación. Su madre lo abandonó debido a su situación de codependencia a la marihuana. Hasta el momento el paciente no ha superado el trauma.

4. **Especificar cualquier antecedente familiar relacionado con problemas mentales:**

Un tío paterno inhalaba marihuana pero no como adicción, sino como un juego o un pasatiempo.

VI. Examen del estado mental

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

a) Nivel de conciencia: entre coma y vigilia alerta.

En estado de estupor en ocasiones, posiblemente por las crisis de ausencia que sufre.

Se mantiene atento al momento de la entrevista, y se alerta del estado climático.

b) Aspecto General: Paciente de 31 años de edad, ojos café oscuro, cabello negro, tez morena oscura, de aproximadamente 1.70 cm, orejas grandes, nariz puntiaguda y cara redonda. Con todas las piezas dentales, labios gruesos y oscuros, Cuello grande, brazos delgados y piernas largas de complexión pícnico. Viste pantalón negro de lona, camisa roja y tenis blancos, su rostro está limpio y gesticula adecuadamente.

c) Actitud: Durante la entrevista se mostró dispuesto a contestar, sonreía con la entrevistadora, refirió que quería mejorar y que estaba dispuesto a someterse a los tratamientos psicológicos, no tuvo temor en hablar de los temas que se le plantearon, aunque en momentos se desvalorizó a sí mismo.

2. Conducta motora y estado afectivo:

- a) **Conducta motora:** Siempre mueve los pies, es una señal de ansiedad, constantemente tiene temblores en las manos.
- b). **Afecto:** Antes de la aparición del problema, el paciente no disfrutó demasiado de su infancia. Pero refiere que los momentos alegres jamás los ha podido olvidar y que desea regresar a ellos. Durante todo el proceso de la dependencia el paciente siempre ha caído en estados eufóricos y depresivos.

Estado cognoscitivo

- a) **Atención:** Tiene mirada fija, se distrae con el ruido extremo. En ocasiones se desvía del tema y necesita que se le ubique nuevamente en la temática.
- b) **Concentración y vigilancia:** Si se le motiva y sabe captar su atención puede concentrarse adecuadamente.
- c) **Lenguaje:**

1. **Fluidez:** El lenguaje del paciente es lento, pero entendible, se explica adecuadamente, aunque a veces se siente tímido porque considera que el terapeuta es mayor que él, sin embargo, cuando se le motiva a hablar lo hace con fluidez, pero siempre lentamente.

3. **Comprensión:** El paciente perfectamente recuerda su nombre, sabe el nombre de su lugar de origen y su dirección exacta. Sabe el día y la fecha.

4. **Repetición:** Repite los días de la semana de adelante para atrás y viceversa. Cuando se le colocan ejercicios más complicados recurre al mecanismo de risa.

- 3. **Designación:** No sabe descifrar los acertijos que se le pidieron. Lo que demuestra una clara confusión en la solución de problemas.

a) Memoria: reciente

Recuerda las actividades del día anterior con detalles.- Explicó que comió ensalada de pepinos con pollo frito y además recordó que ese día fue el cumpleaños de un amigo que murió estando en una pandilla.

Memoria remota

No recuerda las actividades que hizo para su último cumpleaños.

4. Pensamiento:

- a) Proceso: El paciente se visualiza como un enfermo, acepta su dependencia a la marihuana y al sexo. Además se siente discapacitado para integrarse a la sociedad.
- b) Contenido: Le preocupa el hecho de tener problemas serios de pensamiento o que se le desarrollen otros de complicaciones más graves. Además tiene sueños recurrentes con su hijo, a quien no ve hace aproximadamente diez años, lo que demuestra que puede reaccionar favorablemente a los estímulos.
- c) Introspección: Quiere salir de la situación en la que se encuentra. Asegura que no sabe cómo hacer, en momentos se mostró triste y con pocas ganas de enfrentar a una sociedad indigna que lo ha criticado según asegura.
- d) Estado de ánimo: Se siente triste porque ha perdido a su familia nuclear y a su hijo. Vive depresivamente y eso le afecta en el rendimiento que se espera de él en el Centro.

VII. Resultados de las pruebas. (Cuantitativos y Cualitativos)

Con el paciente se trabajó con los test proyectivos que son:

Fecha de aplicación	Pruebas de Aplicadas
20/06/20011	Test del trastorno de la personalidad
20/06/20011	Test de la personalidad
20/06/20011	Test de la Ansiedad
20/06/20011	Test de la figura humano

20/06/20011	Test de la familia
20/06/20011	Test del árbol
20/06/20011	Test de la casa

Test de Trastorno de Personalidad: resultados.

DESCONFIADO (paranoide)	Mucho
SOLITARIO (esquizoide)	Bastante
EXCÉNTRICO (esquizotípico)	Mucho
TEATRAL (histriónico)	Bastante
TRAVIESO (anti-social)	Bastante
PRESUMIDO (narcisita)	Mucho
TRÁGICO (límite)	Bastante
MANIÁTICO (obsesivo-compulsivo)	Mucho
SUMISO (dependiente)	Nada
TÍMIDO (evitativo)	Poco

Test de la Personalidad

- ❖ Sanguíneo 21 puntos y 94% de porcentaje.
- ❖ Colérico 14 puntos y 48% de porcentaje.
- ❖ Flemático 11 puntos y 49% de porcentaje.
- ❖ Melancólico 40 y 44% de porcentaje.

Test de la Ansiedad:

Se considera un cuadro ansioso de moderada intensidad que amerita tratamiento. En el siguiente test aparece estresado.

Test de la Figura Humana:

Buen pronóstico para un tratamiento de obesidad. Sentimiento de inadecuación, de inferioridad, retraimiento al sentirse rechazado, infravaloración de la imagen parental y sentimiento de inadecuación. Tendencia al retraimiento con inseguridad, con tendencias histéricas y abundante agresión. Temores a la despersonalización hostilidad y mucha agresión en el área de conflicto por cargar ansiedad. Falta de certeza conducta impulsiva (excitables) dependientes

Emotivos una barrera entre la persona y el ambiente. Persona que sufren de despersonalización y en alcohólicos paranoides. Necesidad de aislamiento y de protección frente a las presiones externas. Tendencia a la introversión.

Es inmaduro, antisocial con vivencias de inferioridad física. Tiene conflicto con identificación sexual. Encerramiento frente al mundo. Concentración de su propia realidad interna, con percepción vaga del mundo y muy susceptible a la defensa. Con agresividad verbal con rebeldía reprimida y presenta regresión. Es ambicioso con agresividad y con pánico homosexual e inestable.

Test de la Familia:

El paciente es violento con síntomas de ansiedad, conflictos emocionales y fuerte tendencia a replegarse en sí mismo. Es impulsivo e inmaduro respondiendo de manera agresiva expansiva ante las presiones del ambiente.

Preocupación por rendimiento y aislado socialmente, niega los problemas, no quiere enfrentar el mundo y escapan a la fantasía.

Test del Árbol:

Denota brutalidad e impaciencia con inseguridad, denota sensibilidad explosiva con un humor variable. Es orgulloso, vanidoso o deseo de superación con el sentimiento de inferioridad. Sentido de debilidad con falta de tacto y frecuentemente necesidad de compensar la inseguridad interior. Traumas íntimos, tiene fantasías, vanidad, narcisismo y mucha falsedad con violencia.

Test de la Casa:

Tiene tendencia al conflicto y con tendencia el masoquismo. Tiene necesidad de afecto, siente que no vive a gusto donde está o con las personas que está. Insatisfacción y frustración en las relaciones afectivas. Tiene tendencia a recordar el pasado doloroso. Introversión, inhibición en relaciones sociales, se evade del contacto exterior.

No utiliza el tacto para comunicarse y es el tipo de participantes que socialmente provoca líos. Problemas para establecer relaciones sociales satisfactorias, es una persona egocentrista, narcisista, aislamiento e introversión y con tendencia a la mentira.

VIII. Otros estudios diagnósticos

Síntomas	Signos
Tristeza, desvalorización de sí mismo, baja autoestima.	Pérdida de la realidad, en crisis de ausencia. Ansiedad generalizada, timidez.

IX. Impresión diagnóstica

- Distimia
- Ansiedad generalizada.

X. Diagnóstico

F34.1 Trastorno distímico (300.4) (DSM-IV) Sustentación teórica

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.
- B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
1. Pérdida o aumento de apetito
 2. Insomnio o hipersomnia
 3. Falta de energía o fatiga
 4. Baja autoestima
 5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
 6. Sentimientos de desesperanza
 7. Incongruencias en el pensamiento y falta de atención.

Referencia bibliográfica: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima de edición, apartado de psiquiatría, recogido por la Organización Mundial de la Salud.

XI. Evaluación multiaxial

Eje 1 Trastorno clínico: no hay

F32.x Trastorno Distímico *F34.1 (300.4)*

Eje 2 Trastornos de la personalidad: R46.8 [799.9].

Eje 3 Enfermedades médicas: Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)

Eje 4 Problemas psicosociales y ambientales Problemas relativos al grupo primario de apoyo: abandono.

Eje 5 Evaluación de la actividad global. Problemas de relación. 50 Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración

41 grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo)

XII. Recomendaciones

- ✓ Se le recomienda continuar con el proceso psicológico para trabajar la parte de las relaciones interpersonales y autoestima.
- ✓ Se recomienda que se utilicen las técnicas de terapia emotiva.
- ✓ El paciente debe encontrar nuevamente el sentido de la vida
- ✓ Necesita apoyo, su grupo primaria lo abandonó.

María Eugenia Ahumada Araya

Nombre del estudiante



Firma del estudiante

Finaliza 20/08/2011

XII. Plan terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Tipo Intervención Técnica	Observaciones, Duración y Cambio esperado
Baja autoestima o valía personal	Evitar los sentimientos culpa. Fortalecer los sentimientos de aprecio personal tales como: confianza, respeto, merecimiento entre otros. Enseñar al paciente a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni privado, sus derechos, peticiones y opiniones personales	Perdón. Llevar a cabo técnicas tales como: círculo de afecto, consintiéndote a ti mismo, el niño que llevamos dentro	Que haga insight que tiene que manejar los conflictos que las situaciones en la vida le han provocado, fortalecer su yo para eliminar la afectividad que las ideas negativas tienen. Agregar 6 sesiones, se ensayarán en consulta y se asignan como tarea para casa
Violencia Intrafamiliar (por lo que vivió cuando niño)	Fortalecer el concepto de sí mismo. Alcanzar el fortalecimiento teórico-conceptual y dotar de herramientas prácticas para el abordaje de la violencia intrafamiliar.	Reforzamiento Tranquilización. Aplicar las técnicas de una intervención de algún Programa de Interaprendizaje	Por la misma situación de niño, reconciliarse con su pasado, especialmente con la figura paterna para que pueda recuperar el concepto de esposo y padre dejando atrás el pasado.
Estado de ánimo Distímico	Integrar la terapia médica	Modelado Se utilizarán técnicas cognitivas como conductuales.	Por medio de las terapias alternativas.

XIII. 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 las 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 pensamientos automáticos	A partir de la experiencia de ella se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.	Formato de evidencias en pro y en contra.
	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.	Retribución: 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 habilidades.	Técnicas referenciales: Se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.	
	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.	Formato de la Escala
	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 haga una lista de actividades para realizar los días de la semana.	Formato de Programación de Actividades.
	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.	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.

María Eugenia Ahumada

Nombre del practicante

Firma

Plan terapéutico

Modelo de un caso

I. Teorías que explican el diagnóstico

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

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

I. Perspectiva terapéutica

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 3 meses, aproximadamente 12 sesiones, teniendo una sesión por semana de 50 minutos cada una.

Programa de elaboración de proyectos de salud mental (talleres)

Logros

Los pacientes pudieron visualizarse a ellos mismos como personas, reconstruyeron las nociones de relaciones familiares y se integraron nuevamente a la sociedad. Además comprendieron la vida desde otras perspectivas por medio de testimonios y experiencias.

Limitaciones

El tiempo, es siempre una limitación, puesto que en estos casos, se requiere de más atención. Existen pocos recursos para las actividades y los que existen no tienen la suficiente calidad.

La colaboración de la familia debe ser imprescindible sin embargo por cuestiones de trabajo y tiempos algunos no pudieron asistir.

Conclusiones

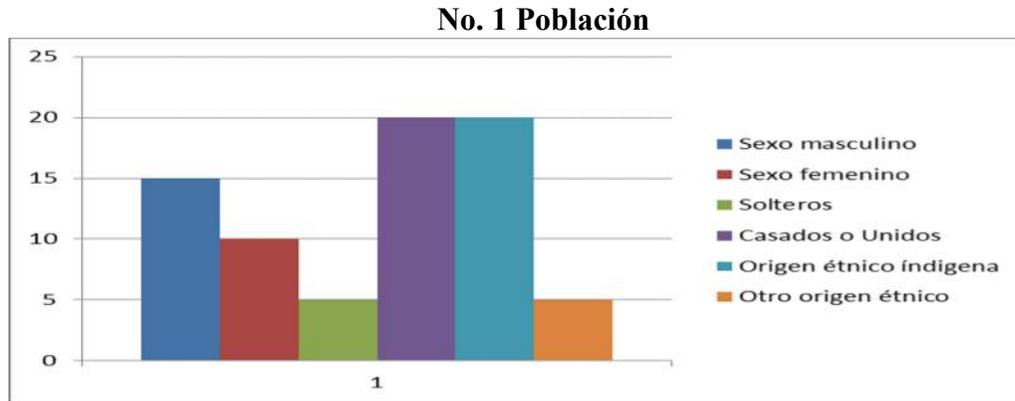
1. Los pacientes pueden mejorar paulatinamente a través de la psicología positiva.
2. Se debe valorar el cuerpo como expresión del espíritu y la libertad humana.
3. Cuando el paciente se reconcilia con su mundo a través de la naturaleza misma, se reconciliará con la sociedad

Recomendaciones

1. El tratamiento psicológico debe durar aproximadamente dos años
2. Construir en los centros de rehabilitación programas de ejercicios físicos, estos ayudan a la buena salud emocional y a la desintoxicación.
3. Instruir a los familiares, amigos y otras personas cercas al paciente para que puedan llevarlo a una completa aceptación en el grupo primario.

Gráficas:
Interpretación de resultados

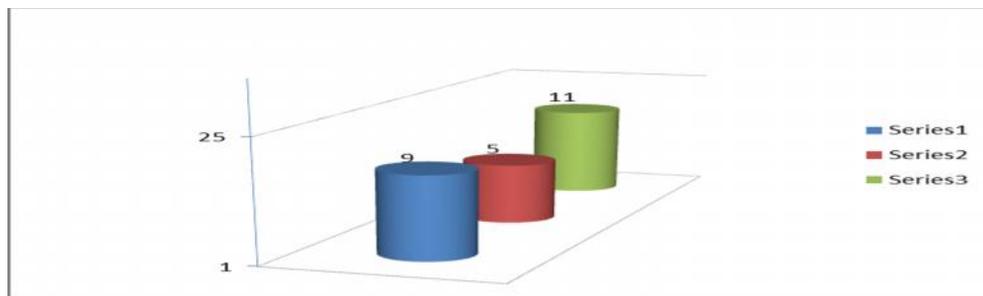
Los datos capturados son realizados en base a las respuestas que algunos familiares de los pacientes proporcionados. Se eligieron según la siguiente gráfica. Y con la entrevista se pretende descubrir el origen y la evolución de las adicciones:



Fuente: entrevista abierta a familiares de pacientes internos en la casa de rehabilitación “*El buen samaritano*”. Guatemala 2010.

El 60% de población es de sexo masculino, en tanto que el otro 40% femenino. Dentro de ello también se destaca que el 20% son solteros, significa que no están casados, entre ellos podemos observar hermanos, primos, tíos y otros parientes de los pacientes; pero el 80% están casados o unidos a una pareja y no necesariamente es el padre o la madre del paciente. Esta gráfica muestra de igual manera que el 8°% de los entrevistados son de origen étnico indígenas y que el otro 20% son de otras razas como la mestiza en su mayoría

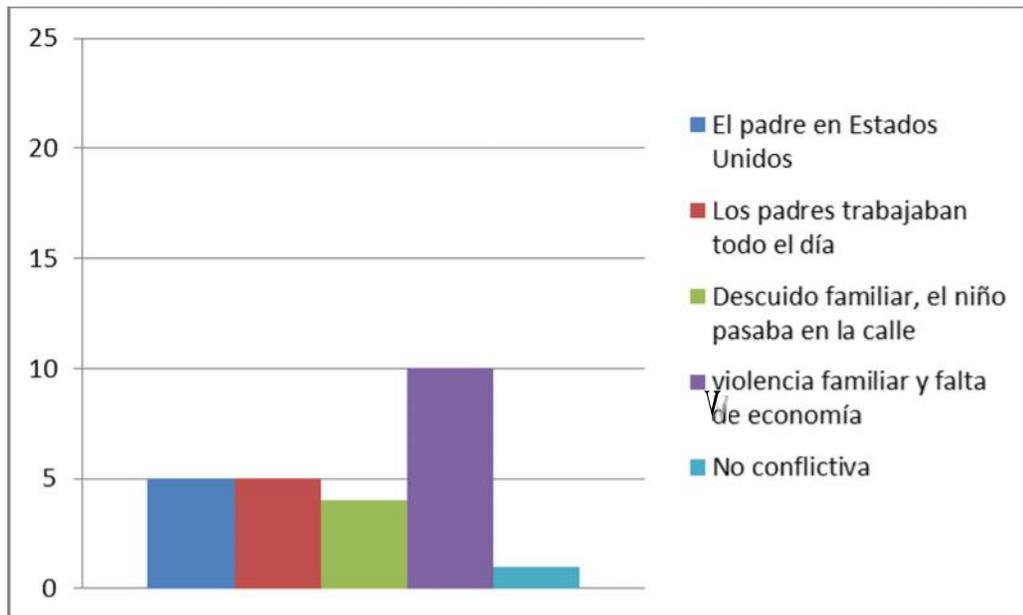
No. 2 Edad en que el paciente empezó con el problema de adicciones



Interpretación:

El 36% de la población empezó con el problema de las adicciones en la etapa inicial de la adolescencia aproximadamente a los 12 años, en tanto el otro 20% inicia casi en la segunda fase de la adolescencia a los 14 años. Pero los resultados afirman que el 44% inicio a los 17 años, edad en que conseguían su primer empleo.

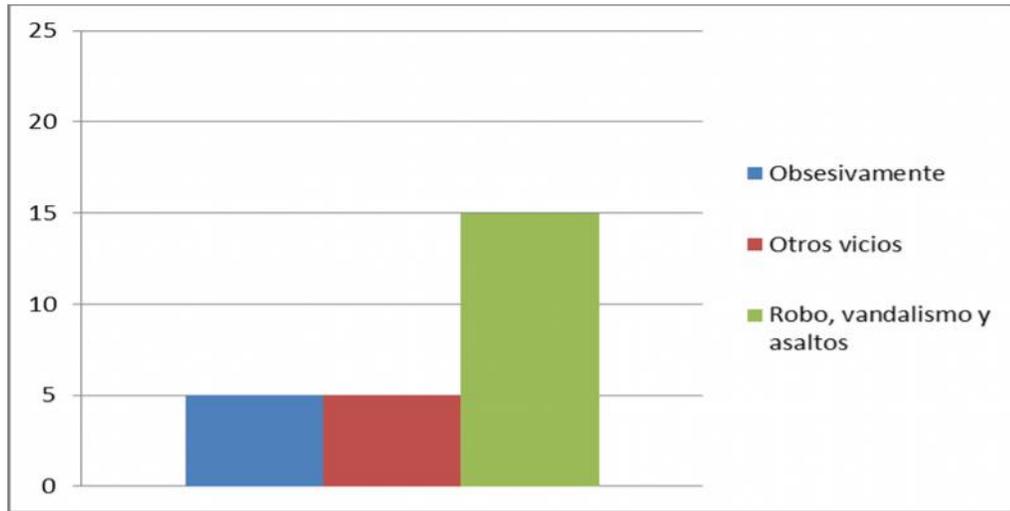
No. 3 Situación familiar del paciente en su niñez



Fuente: entrevista abierta a familiares de pacientes internos en la casa de rehabilitación “*El buen samaritano*”. Guatemala 2010.

Interpretación: el 20% de los pacientes crecieron con la ausencia de un padre, debido a que este se encontraba en Estados Unidos por supuestas razones de trabajo y mejorar la economía del hogar, sin embargo hubo abandono total. Mientras que el otro 20% de los pacientes crecieron con la figura materna quien también fungía como paterna, pero debido a la situación gravosa la madre tenía que trabajar. El 16% de la pacientes, además, crecieron con los padres y debido al trabajo excesivo de ellos hubo abandono total por lo que los pacientes crecieron en la calle. El 40% de la población sufrió violencia familia severa y el 4% de ellos crecieron en familias un tanto estabilizadas.

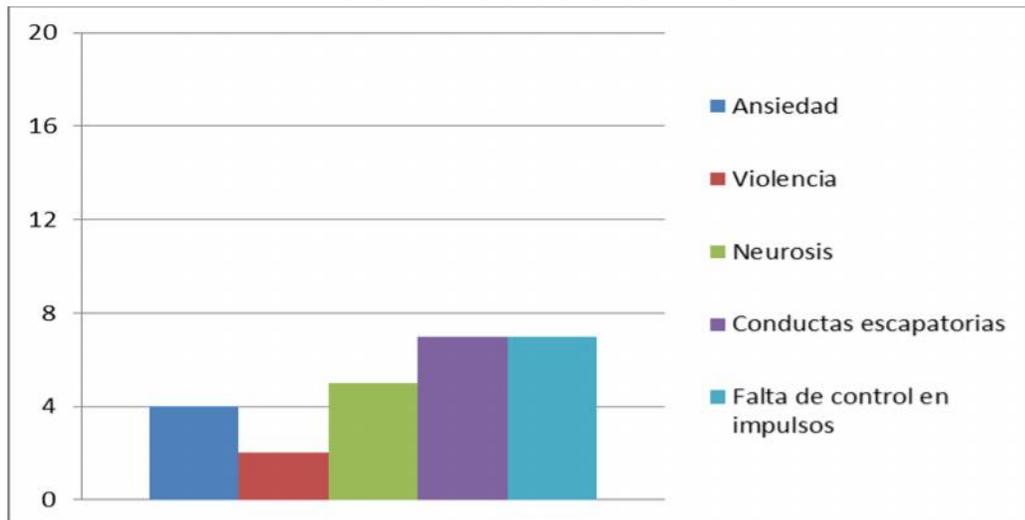
No. 4 Las adicciones han progresado en los pacientes



Fuente: entrevista abierta a familiares de pacientes internos en la casa de rehabilitación “*El buen samaritano*”. Guatemala 2010.

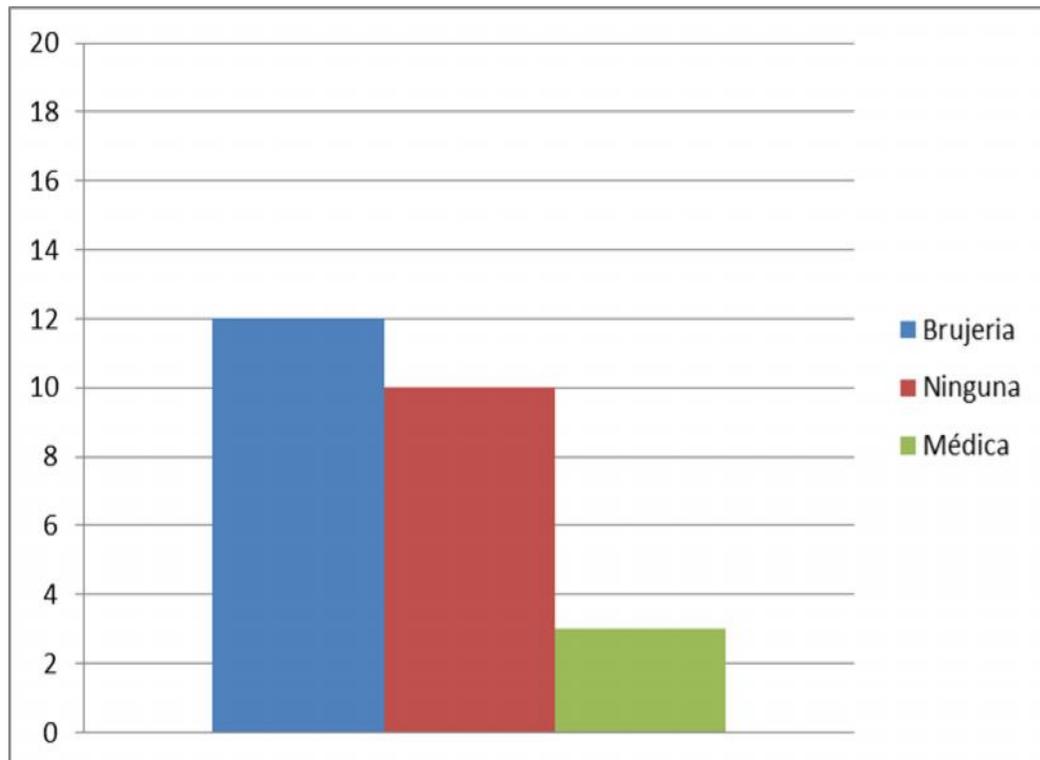
Interpretación: el 20% de los pacientes iniciaron sin obsesión y compulsión las adicciones pero en pocos meses según los relatos de los familiares el problema incremento grandemente hasta deteriorar las relaciones sociales. El otro 20% de los entrevistados afirmaron que el incremento de las adicciones ha llevado a los pacientes a otros vicios que el primero. Y lamentablemente el 60% restante afirma que los pacientes con el fin de conseguir dinero para las drogas han recurrido a males tales como el robo, las pandillas y por consiguientes los asaltos.

No. 5 Manifestaciones comunes



Interpretación: El 16% de los pacientes manifiestan ansiedad generalizada al ser privados de las drogas o al consumirlas. La ansiedad se manifiesta en el desorden emocional y muscular. El 8% de ellos son agresivos y violentos pero el 20% manifiestan síntomas neuróticos. El Otro 28% de ellos huyen del núcleo familiar por días y evitan el contacto afectivo. También, según los datos el 28% restante no controlan impulsos en cuanto a oralidad y conductas sexuales.

No. 6 Alternativa para mejorar el problema.



Fuente: entrevista abierta a familiares de pacientes internos en la casa de rehabilitación “*El buen samaritano*”. Guatemala 2010.

Interpretación: El 48% de los familiares de los pacientes se han refugiado en el pensamiento mágico para poder ayudar a los pacientes, pero el 40% no ha buscado otras opciones debido a que no han creído en la rehabilitación. Y el 12% de los familiares aseguran haber visitado algún médico para ayudar a la desintoxicación nada más.

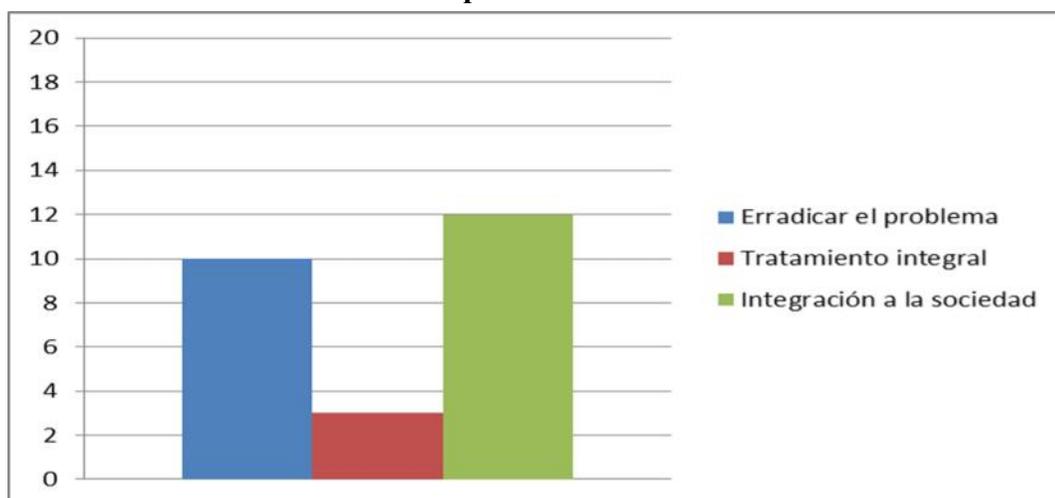
No. 7 Estado más grave del paciente



Fuente: entrevista abierta a familiares de pacientes internos en la casa de rehabilitación “*El buen samaritano*”. Guatemala 2010.

Interpretación: el 32% de los pacientes han tenido pérdida de realidad, con lo que se comprueba la neurosis y la psicosis manifestada en ellos. El 48% de ellos se ha involucrado en actividades “malas” según lo definen sus familiares, dichas actividades están en relación con los males sociales y el 20% ejerce la violencia.

No. 8 Expectativas del centro



Fuente: entrevista abierta a familiares de pacientes internos en la casa de rehabilitación “*El buen samaritano*”. Guatemala 2010.

Interpretación: El 40 % de los familiares esperan que el problema de adicciones y otros males se erradique por completo, mientras que el 3% espera del Centro de Rehabilitación El buen Samaritano un cuidado integral del paciente y el 48% de los familiares desean que los pacientes sean integrados nuevamente a la sociedad.

Programa de atención de casos

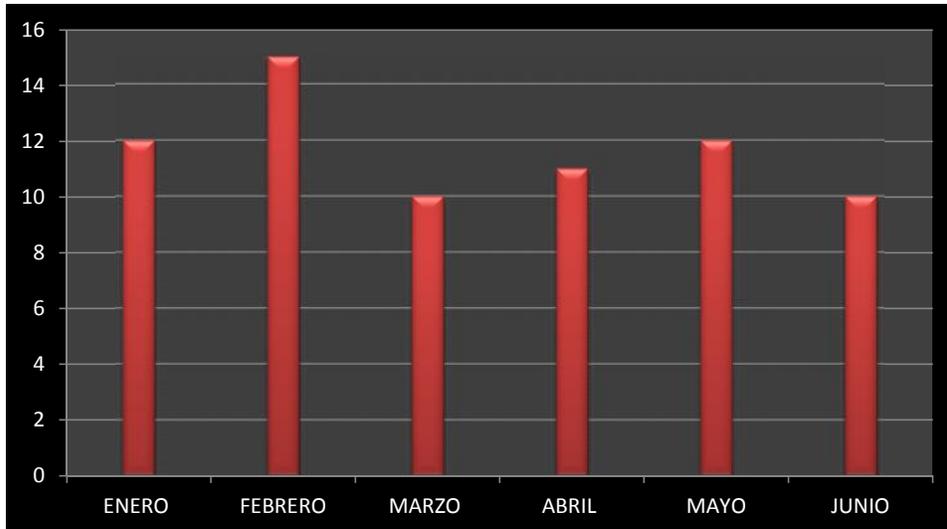


Ilustración 1



Ilustración 2

Conclusiones

1. La drogodependencia conlleva características físicas y psicológicas que afectan el funcionamiento del individuo en la sociedad.
2. La dependencia a las drogas paulatinamente se está convirtiendo en un imaginario social aceptable, lo que predispone a los individuos a su aceptación y consumo total.
3. Las drogas tienen muchas formas de manifestarse dependiendo de la cultura y los accesos económicos que se tengan de ella.
4. Los efectos de la droga en los individuos se puede clasificar de la siguiente manera: efectos neurológicos, emocionales y espirituales.
5. La dependencia a las drogas permite que los individuos ejerzan varios malos sociales que afectan a las personas de sus comunidades.

Recomendaciones

A los encargados de la institución

1. Se debe tomar en cuenta que los problemas de adicciones tienen un componente genético con el que se debe lidiar. Además por ser enfermedad psicopatológicas, los pacientes están expuestos a las recaídas.
2. El trato debe ser con amor hacia los pacientes que manifiestan no solamente dependencia a las drogas sino que además otras afecciones sociales.

Al ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

1. Se deben elaborar estrategias para erradicar el problema de dependencia a las drogas.
2. Elaborar programas para la prevención de la dependencia a drogas
3. Considerar los beneficios sociales y éticos de la legalidad de las drogas.

A las Instituciones Independientes que ejercen la rehabilitación

1. Elaborar programas serios, organizados y ejecutados profesionalmente para integrar paulatinamente a los jóvenes a la sociedad.
2. Crear programas de integralidad para los pacientes que requiera atención médica, psicológica y espiritual.

Referencias

Escohotado, Antonio, Historia general de las drogas; España 1999: Ed. Salamanca.

García, Manuel; La psicoterapia breve y de emergencia. Ed. Siglo XXI, 2 edición. México 2004.

García, Orlando; Psicofarmacología, ed. Buenos Aires. Argentina 1999.

Instituto de Rehabilitación Mexicano, Revista semestral 2010. Enero a Junio “Un México Sano es un México fuerte”.

Revista, Encuentro nacional sobre drogodependencia y otras afecciones, España 2008.

Martí, O; Todo lo que quisiste saber sobre la dependencia a las drogas y nunca te atreviste a preguntar. Ed. Vida. España 2004.

Morales Reyes, Andrés. Psicopatología General; USAC Guatemala 2007.

Mejía, Nineth; Psicofarmacología, 2 edición. Ed. Universitario. Guatemala 2006.

Anexo 1

Carta de Solicitud de Práctica Profesional Supervisada

UNIVERSIDAD



PANAMERICANA

Sabiduría Ante Todo,

Adquiero Sabiduría

Guatemala, 27 de febrero de 2011

Director:

José María Verón

Centro de Rehabilitación "El buen Samaritano"

28 Avenida 14-51 Ciudad de Plata II Zona 7

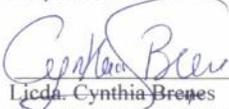
Estimado Director Verón:

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

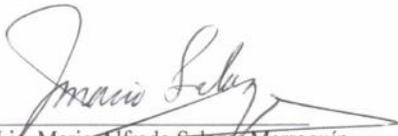
Dicha estudiante, deberá llevar a cabo dicha práctica de Psicología Clínica, sustentando cinco casos clínicos continuos en los meses comprendidos entre febrero a octubre, por lo que le ruego desde ya tomar en cuenta a la misma y concederle la oportunidad de llevar a cabo el proceso ya relacionado, completando el formulario que se adjunta para la debida acreditación de la señora Ahumada Araya.

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

Respetuosamente,



Licda. Cynthia Brenes
Coordinadora y Catedrática de Práctica V


Vo. Bo. Lj. Mario Alfredo Salazar Marroquín
Coordinador de la Facultad de Educación
Universidad Panamericana (Sede El Naranjo)

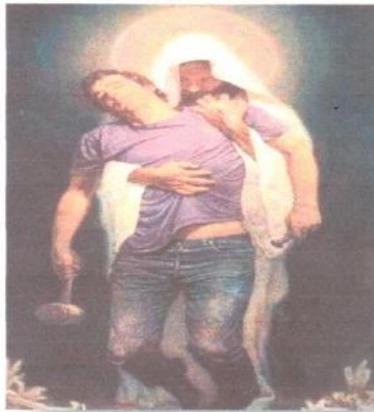
Anexo 2

Pacientes de la Casa de Restauración

“El Buen Samaritano”



Pastor: José María Verón



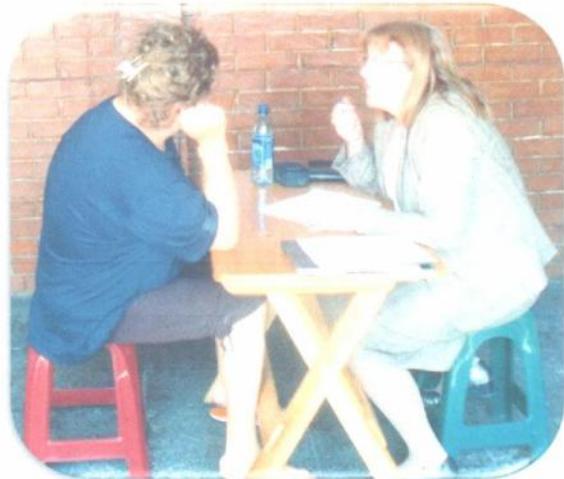
Director

28 Avenida 14-51, Ciudad de
Plata II, Zona 7.

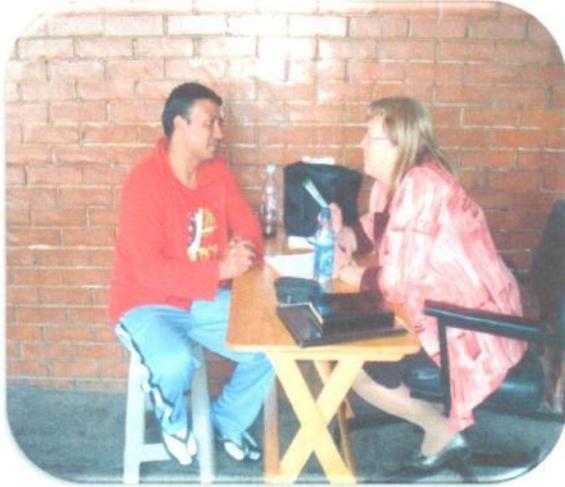
Tels.: 2460-8786* 5991-5706*

5198-4097* 4405-6287

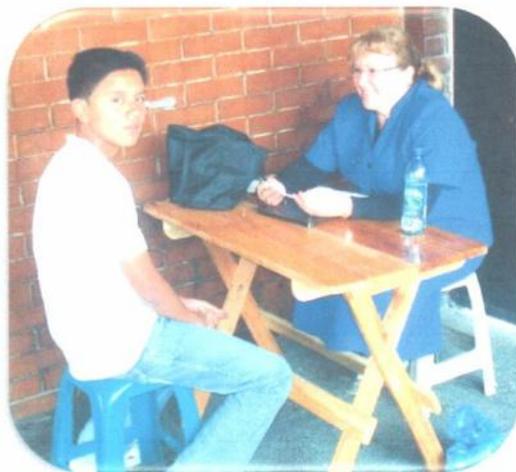
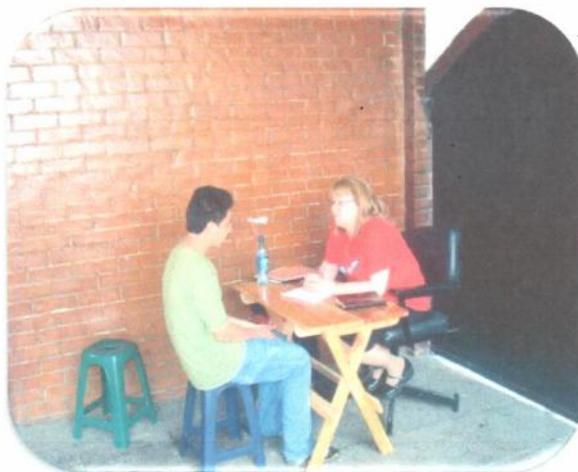
ATENCIÓN DE PACIENTES



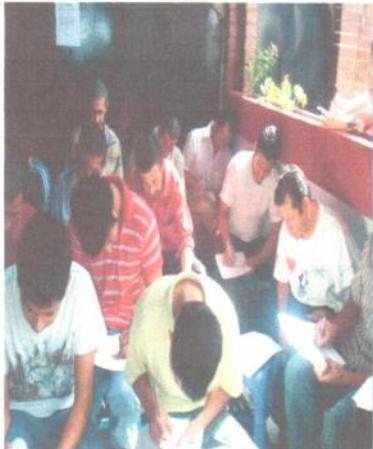
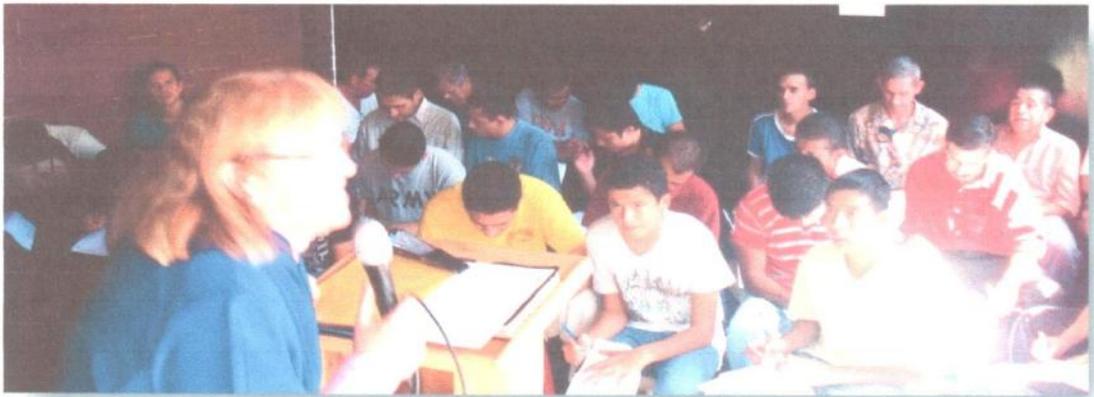
ATENCIÓN DE PACIENTES



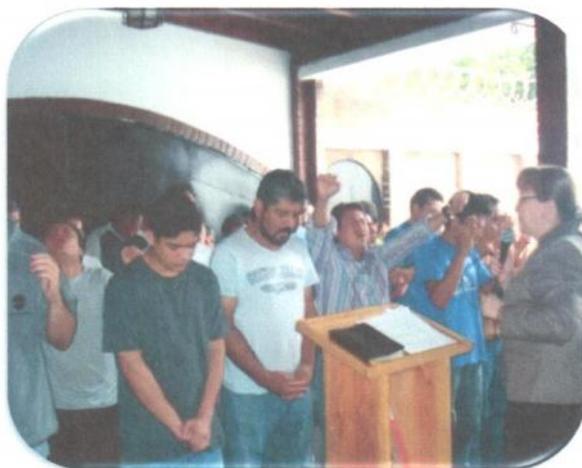
ATENCIÓN DE PACIENTES



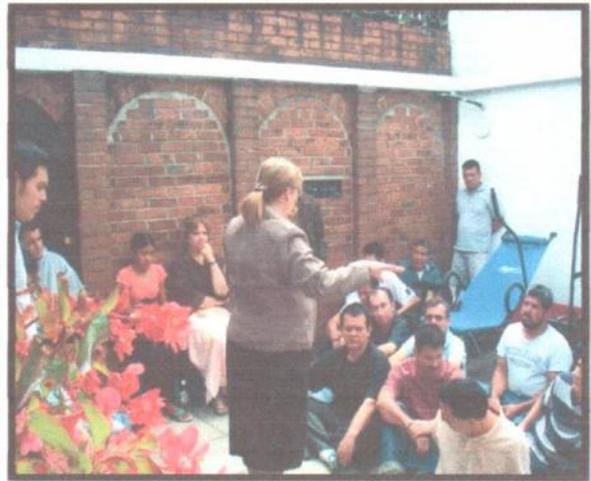
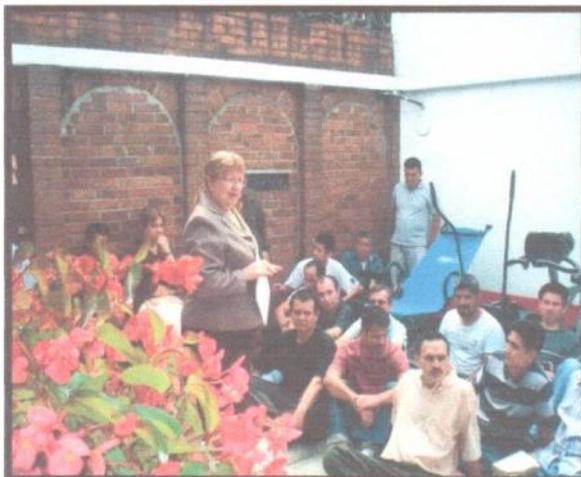
TEST PSICOLÓGICO



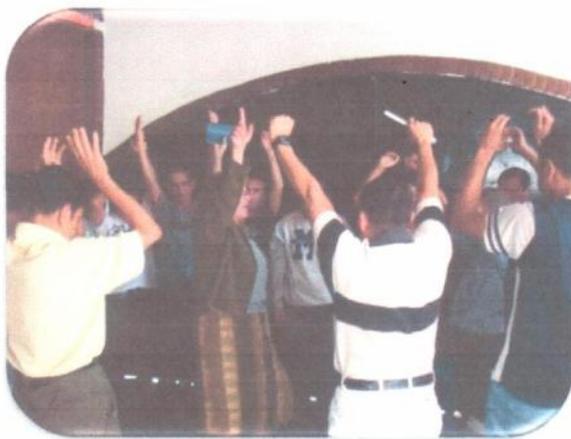
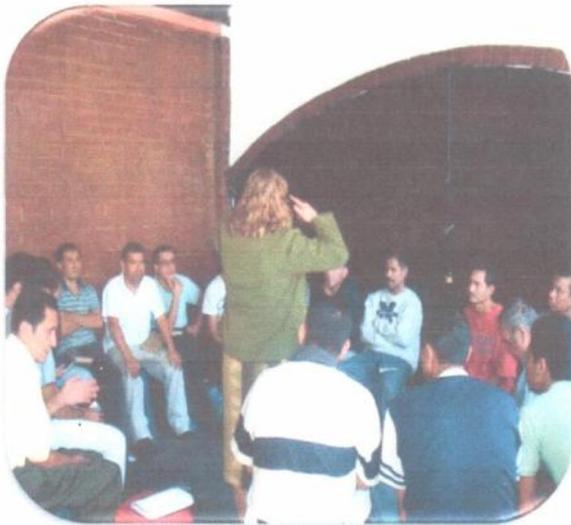
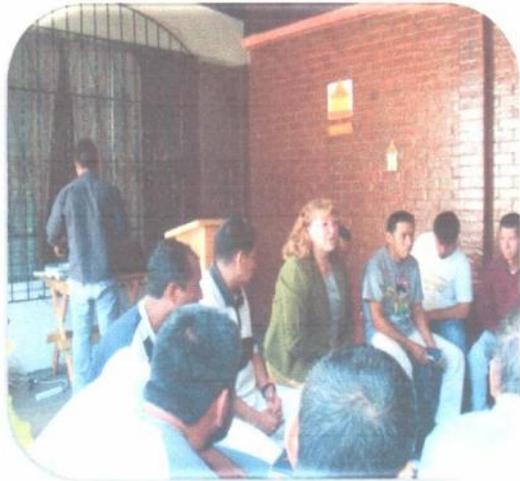
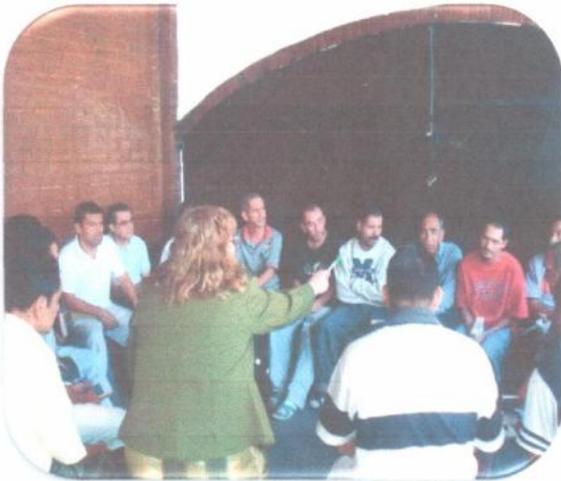
TEOTERAPIA GRUPAL



TERAPIA DE GRUPO



TERAPIA DE GRUPO



Clasificación de trastornos DSM4-TR

1. Trastornos de inicio en infancia, la niñez o la adolescencia	(307.59)	F09	Trastorno mental no especificado debido a...	F16.8	Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos (292.84)	por Cannabis (292.81)	(292.89)	
Retraso mental	F98.2	Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia la niñez (307.59)	(indicar enfermedad médica) (239.9)	F16.8	Trastorno del estado de ansiedad inducido por alucinógenos (292.89)	F12.51	Trastorno psicótico inducido por Cannabis: con ideas delirantes (292.11)	
F70.9 Retraso mental leve (317, (318.0)	Trastornos de tics	4. Trastornos relacionados con sustancias		F16.9	Trastorno relacionado con el alucinógenos no especificado (292.9)	F12.8	Trastorno de ansiedad inducido por Cannabis (292.89)	
F71.9 Retraso mental moderado (318.0)	F95.2	Trastorno de la Tourette (307.23)	Trastornos por consumo de sustancias	F16.8	Trastorno relacionado con el alucinógenos no especificado (292.9)	F12.9	Trastorno relacionado con Cannabis no especificado (292.9)	
F72.9 Retraso mental grave (318.1)	F95.1	Trastorno de tics motores o vocales crónicos (307.22)	F1x.2x Dependencia de sustancias	F15.1	Abuso de anfetamina (305.30)	F14.2x	Dependencia de cocaína (304.50)	
F73.9 Retraso mental profundo (318.2)	F95.0	Trastorno de tics transitorios (307.21)	F1x.1 Abuso de sustancias	F15.1	Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar)	F14.1	Abuso de cocaína (305.3)	
F79.9 Retraso mental de gravedad no especificada (319)	F95.9	Trastorno de tics no especificado (307.20)	F1x.0 Intoxicación por sustancias	F15.0	Intoxicación por anfetamina (292.89)	F14.0	Intoxicación por cocaína (292.89)	
Trastornos del aprendizaje	Trastornos de la eliminación	F1x.3	Abstinencia de sustancias	F15.0	Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina (292.84)	F14.0	Intoxicación por cocaína (292.89)	
F81.0 Trastorno de la lectura (315.00)	F98.1	Encopresis (787.6) (307.7)	Trastornos relacionados con el alcohol	F15.1	Abuso de anfetamina (305.30)	F14.2x	Dependencia de cocaína (304.50)	
F81.2 Trastorno del cálculo (315.1)	F98.0	Enuresis (307.6)	F10.2x Dependencia del alcohol (303.90)	F15.1	Trastornos inducidos por anfetamina	F14.1	Abuso de cocaína (305.3)	
F81.8 Trastorno de la expresión escrita (315.2)	F93.0	Ansiedad por separación no especificado (309.21)	F10.1	Abuso de alcohol (305.00)	F15.0	Intoxicación por anfetamina (292.89)	F15.0	Intoxicación por cocaína (292.89)
F81.9 Trastorno del aprendizaje no especificado (315.9)	F94.0	Mutismo selectivo (313.2)	F10.0	Intoxicación por alcohol (303.00)	F15.04	Intoxicación por anfetamina con alteraciones perceptivas	F14.04	Intoxicación por cocaína con alteraciones perceptivas
Trastornos de las habilidades motoras	F94.2	Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia la niñez (313.89)	F10.3	Abstinencia de alcohol (291.81)	F15.3	Abstinencia de anfetamina (292.0)	F14.3	Abstinencia de cocaína (292.0)
F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación (315.4)	F98.4	Trastorno de movimientos estereotipados (307.3)	F10.03	Delirium por intoxicación por alcohol (291.0)	F15.03	Delirium por intoxicación por anfetamina (292.81)	F14.03	Delirium por intoxicación por cocaína (292.81)
Trastornos de la comunicación	F98.9	Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado (313.9)	F10.4	Delirium por abstinencia de alcohol (291.0)	F15.51	Trastorno psicótico inducido por anfetamina: con ideas delirantes (292.11)	F14.51	Trastorno psicótico inducido por cocaína: con ideas delirantes (292.11)
F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo (315.31)	F80.2	Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo (315.31)	F10.73	Demencia persistente inducida por el alcohol (291.2)	F15.52	Trastorno psicótico inducido por anfetamina: con alucinaciones (292.12)	F14.52	Trastorno psicótico inducido por cocaína: con alucinaciones (292.12)
F80.0 Trastorno fonológico (315.39)	2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos	F10.6	Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol (291.1)	F15.8	Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina (292.84)	F14.8	Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína (292.84)	
F98.5 Tardamudeo (307.01)	F05.0	Delirium debido a... (indicar enfermedad médica) (293.0)	F10.51	Trastorno psicótico inducido por alcohol: con ideas delirantes (291.5)	F15.8	Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina (292.89)	F14.8	Trastorno de ansiedad inducido por cocaína (292.89)
F80.9 Trastorno de la comunicación no especificado (307.9)	Delirium por intoxicación por sustancias	F10.52	Trastorno psicótico inducido por alcohol: con alucinaciones (291.3)	F15.8	Trastorno sexual inducido por anfetamina (292.89)	F14.8	Trastorno sexual inducido por cocaína (292.89)	
Trastornos generalizados del desarrollo	Delirium debido a múltiples etiologías	F10.8	Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol (291.8)	F15.9	Trastorno relacionado con anfetamina no especificado (292.9)	F14.9	Trastorno relacionado con cocaína no especificado (292.9)	
F84.0 Trastorno autista (299.00)	F05.9	Delirium no especificado	F10.8	Trastorno del estado de ansiedad inducido por alcohol (291.8)	F15.9	Trastorno relacionado con anfetamina no especificado (292.9)	F14.9	Trastorno relacionado con cocaína no especificado (292.9)
F84.2 Trastorno de Rett (299.80)	F00	Demencia tipo Alzheimer	F10.8	Trastorno sexual inducido por alcohol (291.8)	F15.00	Intoxicación por cafeína (305.90)	F11.2x	Dependencia de opiáceos (304.00)
F84.3 Trastorno desintegrativo infantil (299.10)	F01	Demencia vascular (290.0)	F10.8	Trastorno de sueño inducido por alcohol (291.0)	F15.8	Trastorno de ansiedad inducido por cafeína (292.89)	F19.2x	Dependencia de fenciclidina (304.60)
F84.5 Trastorno de Asperger (299.80)	F02	Demencia persistente inducida por sustancias	F10.8	Trastorno relacionado con el alcohol no especificado (291.9)	F15.8	Trastorno del sueño inducido por cafeína (292.89)	F19.1	Abuso de fenciclidina (305.90)
F84.9 Trastorno generalizado de desarrollo no especificado (299.80)	F03	Demencia no especificada	F10.9	Trastorno relacionado con el alcohol no especificado (291.9)	F15.9	Trastorno relacionado con cafeína no especificado (292.9)	F19.00	Intoxicación por fenciclidina (292.89)
Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador	F04	Trastorno amnésico debido a... (indicar enfermedad médica) (294.0)	F16.2x	Dependencia de alucinógenos (304.50)	F15.8	Trastorno del sueño inducido por cafeína (292.89)	F19.04	Intoxicación por fenciclidina con alteraciones perceptivas
F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo combinado (314.01)	F04	Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias	F16.1	Abuso de alucinógenos (305.30)	F15.9	Trastorno relacionado con cafeína no especificado (292.9)	F19.03	Delirium por intoxicación por fenciclidina (292.81)
F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01)	F04.1	Trastorno amnésico no especificado (294.8)	F16.00	Intoxicación por alucinógenos (292.89)	F12.2x	Dependencia de Cannabis (304.30)	F19.51	Trastorno psicótico inducido por fenciclidina: con ideas delirantes (292.11)
F91.8 Trastorno disocial (312.8)	F06.9	Trastorno cognoscitivo no especificado (249.9)	F16.70	Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (292.89)	F12.1	Abuso de Cannabis (305.20)	F19.52	Trastorno psicótico inducido por fenciclidina: con alucinaciones (292.12)
F91.3 Trastorno negativista desafiante (313.81)	3. Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados	F16.03	Delirium por intoxicación por alucinógenos (292.81)	F16.51	Trastorno psicótico inducido por alucinógenos: con ideas delirantes (292.11)	F12.04	Intoxicación por Cannabis con alteraciones perceptivas	
F91.9 Trastorno de comportamiento perturbador no especificado (312.9)	F06.1	Trastorno catatónico debido a... (indicar enfermedad médica) (293.89)	F16.52	Trastorno psicótico inducido por alucinógenos: con alucinaciones (292.12)	F12.03	Delirium por intoxicación	F11.8	Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos (292.84)
Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez	F07.0	Cambio de personalidad debido a... (indicar enfermedad médica) (310)	F16.52	Trastorno psicótico inducido por alucinógenos: con alucinaciones (292.12)	F12.03	Delirium por intoxicación	F11.8	Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos (292.84)
F98.3 Pica (307.52)								
F98.2 Trastorno por rumiación								

Historia y contexto

- ❖ El DSM en su primera versión (DSM-I), al igual que el CIE, surge de la necesidad de confeccionar una clasificación de trastornos mentales consensuada, debido al escaso acuerdo, tanto en qué contenidos debería incluir y en el método de conformación por parte de los psiquiatras y psicólogos. Algunos eventos importantes para la creación del DSM IV TR fueron: el censo de 1840 en EE. UU.
- ❖ La American Psychiatric Association y la New York Academy of Medicine trabajando en conjunto en la elaboración de una nomenclatura aceptable para todo el país (para pacientes con enfermedades psiquiátricas graves y neurológicas)

Diagnóstico a través del DSM-IV El DSM-IV

- ❖ Es una herramienta de diagnóstico, que propone una descripción del funcionamiento actual del paciente a través de 5 "ejes", con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento
- ❖ **EJE I** Trastornos clínicos y otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica, excepto los trastornos de personalidad.
- ❖ **EJE II** Trastornos de personalidad y retraso mental. Puede incluirse también: rasgos de personalidad maladaptativos, mecanismos de defensa prominentes y maladaptativos.
- ❖ **EJE III** Enfermedades médicas en general que actualmente sean relevantes para entender y manejar los trastornos de eje I y II.
- ❖ **EJE IV** Problemas ambientales y psicosociales que pueden afectar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del trastorno mental de eje I y II. Pueden ser consecuencia del trastorno mental.
- ❖ **EJE V**. Funcionamiento global. Se aplica escala de funcionamiento, codificada de 1 a 100.

ESCALA DE EVALUACION DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG) PARA EL EJE V DEL DSMIV

- ❖ Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales)
- ❖ Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72)

Anexo 4

Formato de Hoja de Registro Semanal



III. UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN- C AMPUS EL NARANJO

PRÁCTICA V 2011

HOJA DE REGISTRO SEMANAL

Estudiante: _____ Fecha de sesión _____

Paciente: _____ No. de sesión _____

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

1. Examen del estado mental del paciente
2. Puntos o áreas tratadas durante la sesión (especifique)
3. Sentimientos observados en el paciente y su relación con el discurso del paciente. Cambios en el transcurso de la sesión.
4. Ideas que le transmitió el paciente.

5. Intervenciones durante la sesión y la forma en que el paciente respondió.
6. Indique las técnicas utilizadas durante la sesión.
7. Autoevaluación: describa su experiencia durante la sesión, sus sentimientos, temores...entre otros durante y después de la sesión.
8. Planes para la próxima sesión.
9. Dudas que necesite aclarar con su supervisor

Anexo 5

Formato de revisión de expedientes



IV. UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN- CAMPUS EL NARANJO

PRÁCTICA V- FORMATO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Nombre de alumno: _____

Fecha _____ **Institución de práctica:** _____

INFORME MENSUAL MES DE _____

I. Nombre de paciente: _____

Motivo de consulta: _____

Diagnóstico: _____

Avances del mes: _____

No. de sesiones _____ **Inasistencias** _____

II. Nombre de paciente _____

Motivo de consulta _____

Diagnóstico: _____

Avances del mes _____

No. de sesiones _____ **Inasistencias** _____

III. Nombre de paciente _____

Motivo de consulta _____

Diagnóstico _____

Avances del mes

No. de sesiones _____ **Inasistencias** _____

IV. Nombre de paciente _____

Motivo de consulta _____

Diagnóstico _____

Avances del mes

No. de sesiones _____ **Inasistencias** _____

V. Nombre de paciente _____

Motivo de consulta _____

Diagnóstico _____

Avances del mes

No. de sesiones _____ **Inasistencias** _____

PROCESO PERSONAL



Anexo 6

Formato de Revisión de expedientes
UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
'Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría'
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- C AMPUS EL NARANJO

Nombre del alumno: Paciente:

Fecha: Institución:

Fase del Proceso: Evaluación Intervención

Table with 4 columns: Aspecto a evaluar, Excelente, Bueno, Deficiente. Rows include: Orden de expediente, Ortografía, Redacción y vocabulario profesional, Presentación, Notas de evolución, INFORME PSICOLÓGICO: Historia clínica, Genograma, Examen mental, Resultados de pruebas aplicadas, Impresión diagnóstica, Diagnóstico multiaxial, Recomendaciones, Plan terapéutico (casos en intervención), Entrevista, Evidencia de material consultado.

TOTAL /30

OBSERVACIONES:

Horizontal lines for writing observations.

Fecha de revisión: Firma: Licda. Cynthia Brenes

Anexo 7

Hoja de Supervisión de casos



V. UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION- CAMPUS EL NARANJO

PRACTICA V 2010

HOJA DE SUPERVISION DE CASOS

Estudiante: _____ Fecha de supervisión _____
Paciente: _____ Edad: _____ No. Sesiones trabajadas _____ Fase: _____

Breve descripción de historia, motivo de consulta y genograma.

Recomendaciones realizadas por la supervisión / retroalimentación

FIRMA SUPERVISIÓN _____

Anexo 8

Escala de Hamilton para depresión (Ham-D)

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Médico: _____ Edad: _____

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN (HAM-D)

La escala HAM-D consiste en 17 rubros que abarcan las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad depresiva. Algunos de ellos son calificados numéricamente entre un rango del 0 al 4 mientras que otros obtienen una calificación de 0 a 2. Generalmente, y de acuerdo con el criterio del entrevistador, si el síntoma está ausente recibe una calificación de 0, pero si su expresión es severa o incapacitante amerita un 2 ó 4 según el rango específico. Los síntomas leves o moderados reciben una calificación intermedia. Además, existen 4 rubros adicionales que no son tan frecuentes en el cuadro clínico de la depresión pero que su presencia es de gran valor pronóstico. Su versión original fue publicada en 1960, y se incluyeron síntomas ansiosos a pesar de encontrarse un relación negativa con los síntomas depresivos. El alto contenido somático de la escala la hace de valor dudoso cuando se usa en pacientes médicamente enfermos. A partir de ésta se han derivado la escala endogenomórfica de la depresión y la subescala de melancolía (que evalúa, sobre todo, las manifestaciones de retardo psicomotor), así como una autoaplicable: la escala de Carroll.

RUBRO	RANGO	CALIFICACIÓN	PUNTOS
1. Ánimo deprimido	0-4	(0 = ausente; 1 = lo indica sólo si se le pregunta; 2 = lo indica de manera espontánea; 3 = lo comunica por expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto; 4 = expresión verbal y no verbal).	
2. Sentimientos de culpa	0-4	(0 = ausentes; 1 = autorreproche, ha defraudado a la gente; 2 = ideas de culpa o mentismo sobre errores pasados o pecados; 3 = la enfermedad actual es un castigo, delirios de culpa; 4 = voces acusatorias o denunciatorias, alucinaciones amenazantes).	
3. Suicidio	0-4	(0 = ausente; 1 = siente que no vale la pena vivir; 2 = desea estar muerto o piensa en una posible muerte; 3 = ideas o gestos suicidas; 4 = intentos de suicidio).	
4. Insomnio inicial	0-2	(0 = sin dificultad para dormirse; 1 = dificultad ocasional para dormirse p. ej. más de media hora; 2 = dificultad para dormirse cada noche).	
5. Insomnio medio	0-2	(0 = sin dificultad, 1 = inquieto y alterado por la noche; 2 = se despierta durante la noche; todos los pacientes que se levantan de la cama durante la noche deben calificarse con 2, excepto si es para ir al baño).	
6. Insomnio terminal	0-2	(0 = sin dificultad; 1 = se despierta en la madrugada pero regresa a dormir; 2 = incapaz de volverse a dormir si se levanta de la cama).	
7. Trabajo y actividades	0-4	(0 = sin dificultad; 1 = pensamientos y sentimientos de incapacidad, cansancio o debilidad relacionados con las actividades, el trabajo o las diversiones; 2 = pérdida de interés en la actividad, pasatiempos o trabajo, ya sea que ésta sea reportada por el paciente o manifestada por indiferencia, indecisión y vacilación (siente que tiene que esforzarse para trabajar o llevar a cabo actividades); 3 = reducción del tiempo dedicado a las actividades o menor productividad. En el hospital califique con 3 si el paciente no dedica al menos 3 horas a actividades; 4 = dejó de trabajar debido a la enfermedad actual. En el hospital ponga 4 si el paciente no emprende ninguna actividad aparte de las tareas del pabellón o no las hace sin ayuda).	
8. Retardo	0-4	(Lentitud de pensamiento y palabra; alteración de la concentración; reducción de la actividad motora, 0 = habla y pensamiento normales; 1 = ligero retraso; 2 = retraso obvio en la entrevista; 3 = entrevista difícil; 4 = completo estupor).	

Wyeth

www.wyeth.com.mx

RUBRO	RANGO	CALIFICACIÓN	PUNTOS
9. Agitación	0-4	(0 = ninguna; 1 = intranquilidad; 2 = "juega" con las manos, el cabello, etc.; 3 = continuo movimiento, no puede quedarse quieto; 4 = se aprieta las manos, se muerde las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios).	
10. Ansiedad psíquica	0-4	(0 = sin dificultad, 1 = tensión e irritabilidad subjetivas; 2 = se preocupa por detalles; 3 = actitud aprehensiva aparente en el rostro o en el habla; 4 = expresa sus temores sin que se los pregunten).	
11. Ansiedad somática	0-4	(Manifestaciones fisiológicas que acompañan a la ansiedad. Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, cólicos, eructos. Cardiovasculares: palpitaciones, cefalea. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Otros: Micción frecuente, sudoración. 0 = ausente; 1 = leve; 2 = moderada; 3 = severa; 4 = incapacitante).	
12. Somático gastrointestinal	0-2	(0 = ninguno; 1 = pérdida del apetito pero come sin estímulo por parte del personal, sensación de pesadez abdominal; 2 = dificultad para comer sin exhortación, pide o requiere laxantes o medicación intestinal para síntomas gastrointestinales).	
13. Somático general	0-2	(0 = ninguno; 1 = pesadez en las extremidades o en la parte posterior de la cabeza. Dolores de espalda, cabeza y musculares. Pérdida de energía y cansancio fácil; 2 = cualquier síntoma bien definido debe calificarse con 2).	
14. Genital	0-2	(Disminución de la libido y alteraciones menstruales; 0 = ninguno; 1 = leves; 2 = severos).	
15. Hipocondriasis	0-4	(0 = ausente; 1 = auto-absorción corporal; 2 = se preocupa por su salud; 3 = se queja frecuentemente, solicita ayuda; 4 = delirios hipocondríacos).	
16. Insight (intuición)	0-2	(0 = reconoce estar deprimido y enfermo; 1 = reconoce estar enfermo y lo atribuye a la mala comida, al clima, exceso de trabajo, virus, etc.; 2 = niega por completo estar enfermo).	
17. Pérdida de peso	0-2	(0 = sin pérdida de peso; 1 = pérdida de peso ligera o dudosa; 2 = pérdida de peso obvia o severa).	
	TOTAL		
Variación diurna	0-2	(0 = sin variación; 1 = presencia dudosa de variación diurna; 2 = presencia clara de variación diurna, anotar si los síntomas son más intensos en la mañana (M) o en la tarde).	
Despersonalización y desrealización	0-4	(Sentimientos de irrealidad e ideas nihilistas. 0 = ausente; 1 = leve; 2 = moderada; 3 = severa; 4 = incapacitante).	
Síntomas paranoides	0-4	(0 = ninguno; 1 = sospechoso; 2 = ideas de referencia; 3 = delirios de referencia; 4 = delirios de persecución).	
Síntomas obsesivos	0-2	(0 = ausentes; 1 = leves; 2 = severos).	

La calificación final se obtiene de la suma de los resultados parciales en los primeros 17 rubros.

De acuerdo con la mayoría de las investigaciones clínicas un resultado de 15 o mayor señala un trastorno depresivo de intensidad moderada a severa.

Por otro lado, conviene destacar que ésta es una de las escalas más utilizadas para evaluar la eficacia terapéutica de los agentes antidepressivos. En estos casos, es más importante obtener una reducción significativa del valor inicial después de un período determinado de tratamiento. Si en una evaluación posterior se llega a obtener un resultado de 10 o menor, o una reducción del 50% del puntaje, se considera que la respuesta ha sido adecuada.

Wyeth

www.wyeth.com.mx

Anexo 9



TEST DEL ÁRBOL



ESDIA
CARO

Anexo 10

Test de la figura humana: Karen Machover

ASPECTO FORMAL, ESTRUCTURAL O EXPRESIVO

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

CALIDAD DE LÍNEA	
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 desvaleciente	Tendencias histéricas
Líneas pesadas y gruesas	Agresión Temores a la despersonalización
Línea dentada	Hostilidad Negatividad Agresión
Línea quebrada	Área de conflicto
Línea reforzada	Ansiedad Inseguridad Área de conflicto Regresión
Trazos bosquejados cortos	Índice de ansiedad Falta de certeza
Trazos cortos	Conducta impulsiva (excitables)
Línea incompleta y bosquejada	Ansiedad Timidez
Trazo circular	Dependientes Emotivos
Trazos largos	Conducta o comportamiento controlado
Línea gruesa en el contorno del cuerpo	Una barrera entre la persona y el ambiente. Se encuentra en personas que sufren de despersonalización y en alcohólicos paranoides.
Contorno de la figura claro y definido o la línea con demarcación reforzada	Necesidad de aislamiento y de protección frente a las presiones externas.
Trazo que va hacia el centro de la figura	Tendencia a la introversión.
Trazo que va hacia fuera de la figura	Tendencia a la extroversión.
Línea que fluye libremente, decidida y con buen control	Normal.

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

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

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

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

SECUENCIA	
Dibujo del sexo apuesto primero	Homosexualidad Conflicto con identificación sexual Fuerte apego o dependencia hacia padre o persona del sexo opuesto.
Énfasis promedio en características femeninas de sujeto femenino	Satisfacción genuina con el rol sexual
Énfasis en las características sexuales femeninas	Uso agresivo de característica sexual Coquetería
Sujeto femenino donde las características sexuales femeninas están disminuidas.	Respuesta erótica restringida Índice de experiencia heterosexual limitada Experiencia erótica insatisfecha.

ANÁLISIS DE CONTENIDO

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

RASGOS SOCIALES

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

EXPRESIONES FACIALES		
Obscurecer los rasgos faciales y trazar con fuerza el contorno de la cabeza		Timidez.
Énfasis exagerado de los rasgos faciales		Compensar la deficiencia de autoestima por una autoimagen de individuo agresivo y socialmente dominante.
Odio, temor, perplejidad, agresión, rebeldía, alegría		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 tupidos.		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 enérgico 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 pie 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 pie.	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.
Pie enfatizado.	Ansiedad frente a la realidad, prioridad del aquí y ahora.
Omisión de dedos de pies.	Inestabilidad.

TRONCO	
Redondo.	Menos agresivo.
Omitir el de hombres y sombrean 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.

Anexo 11
FI, FR & F-F-D
Aspectos Emocionales

Nombre: _____ Sexo: _____
 F. aplicación: _____ Colegio: _____
 Edad cronológica: _____ Grado: _____
 Evaluador: _____

PLANO GRÁFICO

FI	FR	KFD	TRAZO	
			Trazo fuerte	Pulsiones poderosas, audacia, violencia
			Trazo débil	Delicadeza de sentimientos, timidez. Inhibición de los instintos
			Borraduras	Ansiedad en área borrada y conflictos emocionales representados en el área
			Trazos amplios	Expansión vital y fácil extroversión de las tendencias
			Trazos cortos	Inhibición de la expansión vital, fuerte tendencia a replegarse en sí mismo
			Ritmo constante (estereotipia)	Ha perdido una parte de su espontaneidad; vive apegado a las reglas, y también puede indicar rasgos de carácter obsesivo
			Trazo recto	Determinación, decisión, asertividad
			Trazo curvo	Sentimientos, emoción, aspectos femeninos
			Zig -zag	Agresividad
			Todas direcciones	Impulsividad, inmadurez
			Esquiciadas	Conflicto, desajuste emocional, inseguridad; inadecuación. Dificultades motoras
			Borraduras	Ansiedad generalmente asociado al área que borra y conflictos emocionales
FI	FR	KFD	ESPACIO	
			Sector inferior de la página	Instintos primordiales de conservación de la vida, se puede asociar con depresión y apatía. Significa lo concreto, lo sólido
			Sector superior de la	Se relaciona en general con la expansión imaginativa, es la región de los soñadores e idealistas. Representa el mundo de la fantasía, las ideas y

			página	tendencias espirituales
			Sector izquierdo de la página	Se relaciona con el pasado, tendencias regresivas y conflictos inconclusos
			Sector derecho de la página	Puede corresponder a las metas en relación con el futuro
			Centro	Zona normal; se encuentra ubicado y en contacto con la realidad. Visualizar donde está la mayoría
FI	FR	KFD	DISPOSICIÓN DE LAS LÍNEAS	
			Tipo sensorial (espontáneo)	Por lo general trazan líneas curvas y expresan dinamismo de la vida; características femeninas. Sensible, necesidad de aprobación, imaginativo, espontáneo e inseguro
			Tipo racional	Dibujan líneas rectas y ángulos; dibujo estereotipado y rítmico, de escaso movimiento. Se les considera más inhibidos y guiados por reglas

PLANO EXPRESIVO

FI	FR	KFD	ASPECTOS GENERALES	
			Integración pobre de las partes. 7 â varones / 6 â niñas. Inestabilidad, personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad; inmadurez como resultado de retraso evolutivo, deterioro neurológico y/o regresión debida a serias perturbaciones emocionales	
			Grosera asimetría de las extremidades: Impulsividad y coordinación pobre en niños con antecedentes de disfunción neurológica	
			Inclinación de la figura en 15° o más: Sugiere inestabilidad y falta de equilibrio general; sistema nervioso inestable o una personalidad lábil. Al niño le falta una base firme	
			Transparencias: Impulsividad, inmadurez y conducta acting-out. Más común en protocolos de niños con lesión cerebral. Transparencia en área genital significa ansiedad, conflicto, miedo agudo y preocupación relacionado con lo sexual, el nacimiento o mutilación corporal. Puede ser un pedido de ayuda que el niño no puede expresar con palabras	
Figura / Dibujo			TAMAÑO GENERAL DE LOS DIBUJOS	
			Grande: Responden de manera agresiva y expansiva ante las presiones del ambiente. Inmadurez o controles internos deficientes. Egocentrismo (normal en edades tempranas)	
			Pequeño: Se asocia con sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez, retraimiento o depresión Percibe el ambiente como amenazante y se inhibe ante él	

Figura / Dibujo	VALORIZACIÓN / RELACIONES / JERARQUÍA
	Dibujado de primero: admira, envidia o teme; se identifica con él
	Dibujado con más detalles: figura valorizada
	Dibujado con menos detalles o de último o a una distancia de las otras figuras: figura desvalorizada; ansiedad y problemas emocionales asociados con la figura.
	Miembro ausente: muerte, ausencia física /emocional, desvalorización; niega una realidad que produce ansiedad o conflicto intrapsíquico
	Personajes nuevos: valorización de éste personaje o personaje que se entromete al núcleo familiar
	Héroe(s) en el dibujo: identificación con esta figura
	Tamaño de los padres desproporcionado: sobre valoración (si son más grandes). Desvalorización si son marcadamente más pequeños
	Distancia física entre los personajes: refleja la distancia emocional existente entre los mismos
	Planos diferentes: falta de comunicación, al menos que se justifiquen por un número elevado de personajes y/o manejados en forma jerárquica
	Personajes en contacto: comunicación entre los miembros de la familia
	Poco o nada de espacio entre los miembros: “enmeshment”; falta de individuación
	Familia de animalitos: inadecuación con respecto a la familia
	Compartimentalización (espacios emocionales): desviación del afecto, aislamiento de los miembros, falta de comunicación, baja emocionalidad
	Encapsulación (“jaula”): personaje encapsulado se protege del ambiente. Protege a los demás del personaje encapsulado. (Depende del contexto)
	Dobleces: ver “compartimentalización”
	Marginación: no involucrarse con nadie, inadecuación, inseguridad, falta de comunicación
	Tamaño de los niños igual al tamaño de los padres: falta de jerarquía familiar
	Figuras de palitos: evasión, resistencia (de 6 - 7 años en adelante)
	Monstruos o figuras grotescas: sentimientos de intensa inadecuación y un pobre concepto de sí mismo; tiende a percibirse distinto a los demás. Importante determinar el contenido y simbolismo de la figura. Hay que tomar en cuenta las experiencias recientes (T. V., muerte en la familia, accidente de tránsito, etc.)
	Figuras rotadas o por la espalda: inadecuación, sentimientos de inferioridad

			Payasos o vagabundos: considera que es ridículo y que los demás se ríen de él y que no son aceptados
FI	FR	KFD	CABEZA / CARA / CUELLO
			Cabeza pequeña: niños inadaptados, sentimientos intensos de inadecuación intelectual
			Cabeza grande: preocupación por rendimiento académico-intelectual con medidas compensatorias
			Pelo enfatizado: preocupación por rendimiento académico intelectual
			Orejas demasiado grandes: posible abuso verbal, preocupados por lo que hablan los demás
			Omisión de rasgos faciales: desvalorización de los miembros de la familia, perturbaciones en las relaciones interpersonales
			Omisión de los rasgos faciales y dibujo pequeño: perturbación de las relaciones interpersonales vinculada a la inhibición de los sujetos y una pobre imagen de sí mismos
			Sombreado de cara: (muy inusual). Ansiedad y sentimientos de devaluación. Puede presentarse en niños manifiestamente agresivos y que roban. A mayor área de la cara que se encuentra sombreada existe mayor patología.
			Omisión de ojos: aislados socialmente, niegan problemas, no quieren enfrentar el mundo y escapan a la fantasía
			Ojos bizcos: niños muy hostiles hacia los demás. Se interpreta como un reflejo de ira y rebeldía. Parece indicar que para el niño las cosas están fuera de foco; no ve el mundo de la misma manera que los demás
			Omisión de nariz: pacientes clínicos, tímidos, retraídos, en clases especiales, con síntomas psicósomáticos Con fuertes sentimientos de inmovilidad
			Omisión de boca: Refleja sentimientos de angustia, inseguridad y en ocasiones resistencia pasiva al ambiente, pues el niño simbólicamente no quiere recibir nada de los demás; rechazo a comunicarse Sugiere asma Incapacidad o rechazo a comunicarse con los demás. Alta incidencia de miedo, angustia generalizada, perfeccionismo y depresión
			Boca grande: necesidades orales. Posible abuso verbal: “cryforhelp”
			Dientes: niños muy agresivos, es necesario sumarle otros ítems emocionales
			Omisión de cuello: 10 ^a . Varones/ 9 ^a . Niñas

			Relacionado con inmadurez, impulsividad y controles internos pobres
			Sombreado de cuello: Esfuerzo por controlar impulsos. Algunos niños lo logran pero se descompensan ante una situación mientras que otros niños vacilan entre impulsividad el hipercontrol, yendo de un extremo a otro.
FI	FR	KFD	TRONCO / VESTUARIO
			Omisión de cuerpo: Serio signo de psicopatología y puede reflejar inmadurez severa, retraso en el desarrollo; disfunción cerebral o una aguda ansiedad relacionada con el cuerpo, probablemente por miedo a la castración o posible abuso sexual
			Sombreado de cuerpo: 8ª. Varones / 9ª. Niñas Ansiedad relacionada con el cuerpo. Niños psicósomáticos
			Transparencias: ansiedad con respeto al área dibujada con transparencia (en caso de enfermedad por ejemplo) o posible daño neurológico.
			Senos, ombligo, órganos genitales: signo de psicopatología seria que implica angustia por el cuerpo y dificultad en el control de los impulsos. Preocupación por desarrollo sexual o posible abuso sexual
			Flores dibujadas en la falda: feminidad pero con cierta ansiedad hacia desarrollo sexual
			Traje de disfraz: necesario ver de qué es el disfraz y tomar en cuenta el contexto
			Parches: ansiedad con la parte del cuerpo en que se encuentra el parche
FI	FR	KFD	BRAZOS Y MANOS
			Omisión de brazos: Ansiedad o culpa por conductas socialmente inaceptables que implican las manos o los brazos, como por ejemplo, robos
			Sombreado de brazos: 8ª. Varones/ 9ª. Niñas. Se relaciona con actividad real o fantaseada en la que intervienen sus brazos. Robo o masturbación
			Brazos cortos: Dificultad para conectarse con el mundo y con las demás personas. Tendencias hacia el retraimiento, a replegarse dentro de sí mismo y a la inhibición de los impulsos
			Brazos largos: Agresión dirigido hacia afuera. También indica que el niño logra hacer conexión con lo que lo rodea. Expansividad
			Brazos pegados al cuerpo: Control interno rígido y dificultad para relacionarse con los demás
			Sombreado de manos: 8ª. Varones / 7ª. Niñas Angustia por actividad real o fantaseada con las manos
			Manos grandes: Conductas agresivas y actuaciones en las que están implicadas las manos (robo)
			Manos seccionadas: (brazos sin manos ni dedos), dificultad en el contacto con los demás.

			Sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente, o por la incapacidad para actuar. Ansiedad de castración.
			Manos escondidas: culpa de agresión física o conductas masturbatorias
			Dedos como garras o uñas marcadas: agresividad
FI	FR	KFD	PIERNAS Y PIES
			Omisión de piernas: Refleja intensa angustia e inseguridad, aunque sería importante observar la manera en que se omiten las piernas. Se observa que los niños se refugian en la fantasía
			Piernas juntas: Tensión, rigidez, dificultad en el control de impulsos Temor a sufrir ataque sexual (solo si existen indicadores de apoyo)
			Omisión de pies: 9ª. Varones / 7ª. Niñas. Sentimiento general de inseguridad y desvalimiento, un sentimiento de no tener pies en que pararse
FI	FR	KFD	ASPECTOS AMBIENTALES
			Líneas sobre las figuras: presión del ambiente, preocupación, inseguridad
			Sol: luz, calor, presencia paternal
			Nubes tapando el sol en medio del sol: sentimientos ambivalentes con forma de ser tratado por padre: cariño y presión
			Nubes, lluvia o nieve:
			Sol entre montañas u ocultándose: presencia paternal y presión
			Lluvia: sentimientos depresivos
			Estrellas: privación emocional o física
			Línea base: dependencia, inseguridad. Cuanto más gruesa, mayor es la inestabilidad y la inseguridad
			Caminito: separación: separa lo que está en ambos lados del camino
			Flores: amor, belleza, crecimiento
FI	FR	KFD	ANIMALES
			Inclusión de animales salvajes: necesidades orales-agresivas
			Inclusión de animales domésticos: necesidades orales-pasivas
			Mariposas: amor romántico y platónico; sentido estético (belleza)
			Gatos (en mujeres): conflictos de identificación con la madre
			Gatos peludos con garras y colmillos: agresividad, conflicto de ambivalencia en el afecto
FI	FR	KFD	OTROS SÍMBOLOS
			Agua: depresión, sentimientos depresivos relativos a la persona que está en el agua
			Bayas: agresividad

			Bicicleta y motos: masculinidad (poder)
			Cama: depresión
			Corazón: amor
			Cortadora de grama o instrumentos punzo-cortantes: agresividad o temor a ella
			Cuerda de saltar: ver “encapsulación”
			Cunas: síndrome de recién nacido
			Escaleras: tensión, pobre equilibrio
			Escoba: vinculada con madre obsesiva compulsiva o la madre “bruja”
			Fuego: ambivalencia (amor / odio)
			Globos y barriletes: necesidad o deseo de libertad, independencia
			Gradas en una casa: estatus, ascender, solidez y estabilidad
			Lámparas: ternura y amor
			Pelota: poder, agresividad
			Piedras: obstáculos o línea base
			Refrigeradora: privación oral
			Tambores: desplazamiento de la cólera
			Tren: poder
			“X”: zonas de prohibición

Anexo 12

Fábulas de Duss

Nombre: _____ Fecha: _____

1. DEL PAJARO: (Dependencia Afectiva)

“Un pajarito, una pajarita y su pequeñuelo están dormidos en su nido sobre la rama de un árbol. De pronto, sopla un fuerte viento que sacude el árbol hace que el nido caiga al suelo. Los tres se despiertan juntos. De repente, el papá vuela rápidamente hacia un pino y la mamá hacia otro. El pajarito ya sabe volar un poquito”.

¿Qué hizo el pequeño pajarito?

2. DEL ANIVERSARIO DE BODAS: (Presentando celos hacia la unión de los padres)

“Papito y mamita están celebrando el día de su casamiento. Ellos se quieren y han organizado una hermosa reunión. Durante la fiesta el niño se levanta y se va solo hasta el final del jardín”.

¿Por qué crees que hizo eso?

3. FÁBULA DEL CORDERO (Reacción al destete, rivalidad entre hermanos)

“En un campo está una oveja y su pequeño cordero. El cordero brinca todo el día alrededor de su madre. Todas las noches ella le da un poco de leche tibia que a él le gusta mucho. Pero el cordero ya puede comer pasto. Un día alguien trae a la madre un corderito pequeño que tiene mucha hambre y que quiere que ella le de leche. Pero la madre no tiene leche para darle a los dos. Y le dice al más grande: «No tengo leche suficiente para los dos; tú que eres el más grande ve al campo y come un poco de pasto tierno»”.

¿Qué hizo el cordero?

¿Cómo se sentía?

4. DEL FUNERAL (Hostilidad, autocastigo)

“Un carro fúnebre o de entierro, pasa por la calle de un pueblo y la gente se pregunta: ¿Quién se murió? Alguien dice: Es uno de la familia que vive en aquella casa”.

¿Quién crees tú que es el muerto?

4.1 “Alguno de una familia tomó un tren y se fue muy pero muy lejos y no volverá jamás”.

¿Quién crees tú que se fue en el tren?

5. ANSIEDAD (Ansiedad y auto castigo)

“Un niño se dice a sí mismo en voz baja, muy quedito: Tengo miedo”.

¿De qué crees que pueda tener miedo o estar asustado?

6. DEL ELEFANTE (mutilación-castración)

“Un niño tiene un pequeño elefante al que quiere mucho ya que es muy bonito con su larga trompa. Un día al volver de la escuela entra en su cuarto y encuentra que su elefante ha cambiado, se ve diferente”.

¿Qué crees que le ha sucedido?

7. DE LA PROPIA CREACION DEL NIÑO (Posesión y obstinación desarrolladas como consecuencias de dificultades en la educación de esfínteres, fase anal).

“Un niño ha hecho algo de barro, una torre que piensa que es muy linda. Su mamita le pide que se la dé”.

¿Qué hace con ella?

¿Crees tú que se la dará?

8. DEL PASEO (Complejo de Edipo)

“Un niño va a pasear por el parque con su mamita, se divierten mucho juntos. Cuando vuelven a casa, encuentran que la cara de papito ha cambiado”.

¿Por qué papito está cambiado?

¿Qué le pasó?

9. DE LAS NOTICIAS (Deseos y temores)

“Un niño vuelve del colegio, su mamá le dice: No empieces a hacer tus deberes porque tengo algo que decirte”.

¿Qué crees que le va a contar?

10. PESADILLAS

“Un niño se despierta una mañana y dice: «Qué mal sueño he tenido»”.

¿Qué crees tú que soñó?

11. DESCONOCIDOS (Temor de abuso sexual o consumación del mismo)

“En una calle oscura hay un niño, solo y se le acerca una persona”.

¿Quién era la persona?

¿Era bueno o malo?

Anexo 13

Frases para completar - Test Rotter

(Para adolescentes)

Nombre _____ Fecha aplicación _____

1. Me gusta....
2. La época más feliz....
3. Quisiera saber...
4. Al regresar a mi casa...
5. Lamento...
6. Al acostarme...
7. Los muchachos....
8. Lo mejor
9. Lo que me molesta...
10. Las personas...
11. Una madre...
12. Siento...
13. Mi mayor temor...
14. En los cursos inferiores (en los grados anteriores)...
15. No puedo...
16. Los deportes...
17. Cuando era chica...
18. Mis nervios...
19. Las otras chicas...
20. Sufro...
21. Fracasé...

22. La lectura...
23. Mi cabeza...
24. El futuro...
25. Necesito...
26. Salir con los muchachos...
27. Estoy mejor cuando...
28. Algunas veces...
29. Lo que me duele...
30. Odio...
31. En la escuela...
32. Soy muy....
33. La única molestia...
34. Deseo....
35. Mi padre....
36. Yo en secreto...
37. Yo...
38. El baile...
39. Mi mayor ansiedad...
40. La mayoría de las chicas...
41. Mi mayor miedo...
42. Me preocupa...

Anexo 14
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 qué 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 qué 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 qué 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.

Anexo 15

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, autocastigo, 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

Anexo 16

Constancia de realización de la PPD

UNIVERSIDAD



PANAMERICANA

Sabiduría Ante Todo,

Adquiere Sabiduría

Guatemala, 27 de febrero de 2011

INFORMACIÓN REQUERIDA:

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: Casa de Restauración "El Buen Samaritano"

DIRECCIÓN: 28 Avenida 14-51 Ciudad de Plata II Zona 7

TELEFONOS: 2460-8786 * 5991-5706 * 5198-4097* 4405-6287

NOMBRE DEL ENCARGADO: Pastor: José María Verón

PUESTO: Director

SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN:

- Un nuevo concepto en el cuidado de:
Personas con problemas de Drogadicción y Alcoholismo.
- Tratamiento
 - Psicoterapia
 - Terapia de Adicción de Fármacos, Alcohol y otros.

NOMBRE DE LA PRACTICANTE: MARÍA EUGENIA AHUMADA ARAYA

GRADO: Quinto año

HORARIO DE PRÁCTICA: Días: martes y jueves.

Horario: de las 09:00 hasta las 12:00 horas.

FECHA DE LA PRÁCTICA: Con inicio el 22 de Febrero hasta el 27 de Octubre del año 2011.


Firma