

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



**Apoyo Psicológico Comunitario, realizada en Centro de Salud,
Colonia Centro América
(Práctica Profesional Dirigida)**

Ileana Carolina Chacón García

Guatemala, Mayo 2012

**Apoyo Psicológico Comunitario, realizada en Centro de Salud,
Colonia Centro América.
(Práctica Profesional Dirigida)**

Ileana Carolina Chacón García (estudiante)
Licda. Cynthia Brenes (catedrática)

Guatemala, Mayo 2012

Autoridades
Universidad Panamericana

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Rector

M. Sc. Alba Aracely de González
Vicerrectora Académica y Secretaria General

M.A. César Augusto Custodio Cóbar
Vicerrector Administrativo

Licda. Julia Elizabeth Herrera Quiroz
Decana Facultad de Ciencias Psicológicas



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

DICTAMEN
APROBACION PARA ELABORAR
INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

ASUNTO: Ileana Carolina Chacón García
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: "Apoyo Psicológico Comunitario" 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 Benito Polanco
Decano Facultad de Ciencias de la Educación.





UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

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

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **"Apoyo Psicológico Comunitario"**, Práctica realizada en Centro de Salud, Colonia Centro América, presentado por la estudiante: **Ileana Carolina Chacón García** quien se identifica con número de carné 0701976 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.

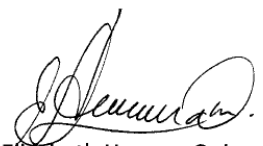
En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Apoyo Psicológico Comunitario", Práctica realizada en Centro de Salud, Colonia Centro América, presentado por la estudiante: **Ileana Carolina Chacón García**, previo a optar al grado Académico de 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. 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: "Apoyo Psicológico Comunitario", Práctica realizada en Centro de Salud, Colonia Centro América, presentado por la estudiante **Ileana Carolina Chacón García**, 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 Práctica Profesional Dirigida.



Licda. Elizabeth Herrera Quiroz

Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas



Agradecimientos

Este informe es el testimonio del trabajo efectuado de práctica profesional dirigida, lo que significa muchas horas de estudio, investigación, preparación, presencia física e intelectual frente a los pacientes en el centro de práctica, lo cual se hizo posible gracias a **Dios** que además de proporcionarme la visión para iniciar y realizar esta carrera psicológica, hizo factible su culminación en mi vida, dándome fuerzas, salud y los medios para poderla terminar exitosamente.

Quiero por este medio agradecer también a mi compañera de al lado en clases, mi hija Karla Paola Pérez Chacón, por su apoyo, compañía, tolerancia, responsabilidad en los trabajos de investigación, elaboración, presentación, logística, y demás en las que siempre con una actitud positiva demostró su alta capacidad humana y profesional.

También agradezco a mi esposo Francisco, su paciencia, tiempo, colaboración técnica, y sobre todo su gran apoyo moral, virtudes sin las cuales hubiera sido difícil salir adelante en la meta fijada. Así mismo a mis hijos Frank y Roberto, mi yerno Joel, por su apoyo moral el cual siempre estará en mi mente y mi corazón.

Finalmente, agradezco a mis catedráticos por sus valiosas enseñanzas y a todas aquellas personas que de una u otra forma hicieron posible mi egreso.

Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido de este trabajo.

Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1 Marco de Referencia	
Descripción	4
Capitulo 2 Referente Teórico	
Salud mental	6
Duelo	7
Ansiedad	18
Enuresis infantil	19
Capítulo 3 Referente metodológico	
3.1 Programa del curso	21
3.2 Cronograma de Actividades	32
3.3 Planificación de Actividades por mes en el centro de práctica	33
3.4 Planificación de Charla Taller	37
Capítulo 4 Presentación de Resultados	
4.1. Programa de atención a Casos	38
4.2. Muestra de un caso atendido	40
4.3 Programa de elaboración de proyectos de Salud Mental	54
4.4 Gráficas	55
Conclusiones	57
Recomendaciones	58
Referencia	59
Anexos	60

Resumen

En las siguientes páginas se presenta el trabajo realizado por la alumna del quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana, Sede El Naranjo, ILEANA CAROLINA CHACON GARCÍA, el cual se desarrolló durante los meses de febrero a octubre de dos mil once, en el Centro de Salud ubicado en 31 avenida entre 10a y 11 calle, zona 7 Colonia Centroamérica, Ciudad de Guatemala de la Colonia Centroamérica, Zona 7.

El trabajo que se realizó fue la asistencia psicológica de los pacientes que se presentaron en forma voluntaria y espontánea para ser atendidos, para lo cual la Directora de dicho centro habilitó un cubículo rotativo para efectuar la práctica.

El lineamiento de trabajo del departamento de psicología del centro, es atender a las personas que se presentan en sesiones de treinta minutos como máximo, sin embargo, por instrucción de la catedrática del curso, Licenciada Cynthia Brenes, apegadas a lo establecido por la doctrina general en el área psicológica, todo paciente atendido por las practicantes tuvo sesiones de cincuenta a sesenta minutos, ya fueran para atención en crisis o de seguimiento.

El trabajo que cada una de las practicantes realizó en el centro de práctica fue individualizado según el caso del paciente, utilizando las técnicas, estrategias e instrumentos evaluativos que permitieron la elaboración del diagnóstico del padecimiento o posible patología hasta la planificación de las actividades semanales a llevar a cabo con cada paciente hasta lograr su mejoría o recuperación.

Así se le dio el seguimiento necesario a las personas que siguieron asistiendo regularmente. Sin embargo, los inconvenientes que se afrontaron fueron la irregularidad del cubículo que se habilitaba cada vez en diferente área del centro y la inconstancia de los pacientes atendidos.

Introducción

El contexto guatemalteco en el año 2011, ha sido peculiar porque se pueden incluir cambios e impactos en casi todos los ámbitos de toda sociedad, se puede iniciar comentando que el país se ha visto afectado principalmente por los **desastres naturales** que han afectado la mayor parte del país y que en los últimos años no habían sido afectados, tal es el caso del departamento de Santa Rosa, con la cantidad de sismos y repeticiones, así mismo las carreteras a nivel estructural se vieron colapsadas por el desbordamiento de ríos y anegados por la lluvia, causando hasta muertes de personas transeúntes y hundimientos de vehículos automotores.

En el ámbito **político**, Guatemala atravesó por un proceso electoral para elección de todas las autoridades en el país, siendo éstas, el presidente, vicepresidente, alcaldes, representantes del organismo legislativo –diputados-, representantes al parlamento centroamericano. Derivado de dicho proceso, las expectativas y a la vez la tensión de las personas por atender a la política, intereses personales, intereses comunales entre otros, ha marcado la vida de las personas.

En lo **social**, recrudeció la violencia, especialmente en el transporte urbano, con el constante asesinato de los pilotos; las masacres en Petén, bajo la supuesta autoría de los narcotraficantes; no se diga la violencia común –robo de vehículos, de celulares, asaltos, extorsiones, los asesinatos a flor de calle, resaltando los de mujeres, ya que según los medios de comunicación, el género atraviesa un alto índice de mortalidad, todo ello dejando a hogares de miles de guatemaltecos afectados, dolidos y enlutados.

En el ámbito **económico**, de conformidad con lo publicado en el Informe de Estabilidad Financiera No. 9 de la Superintendencia de Bancos, a junio de 2011, se establece que el crecimiento en 2010, superó las proyecciones realizadas a finales de ese año y las perspectivas de crecimiento para 2011 han ido mejorando conforme avanza el mismo, considerando mejores expectativas en la demanda externa, así como en las remesas familiares y la inversión extranjera, y un mayor dinamismo del consumo privado.

Los gastos de reconstrucción derivados de los daños ocasionados por la naturaleza especialmente en 2010, han ocasionado mayores déficits fiscales en los últimos tres años en comparación con

los años previos y un mayor nivel de deuda pública. Lo que elevará el servicio de la deuda para los años futuros con el consecuente impacto en las finanzas públicas y dificulta la posibilidad de contraer nueva deuda en caso la economía mundial vuelva a deteriorarse.

En lo que respecta al tema **financiero** guatemalteco, la situación favorable de los bancos, sociedades financieras y entidades fuera de plaza o entidades off-shore en cuanto a liquidez, solvencia y rentabilidad evidencia una situación de estabilidad; continuará concediendo financiamiento lo cual apoya la recuperación y no se convertirá en una fuente adicional de riesgo para la estabilidad financiera.

Por todo lo anterior, se denota que todo ámbito en la sociedad guatemalteca se vio vulnerable, sin embargo, cabe destacar que el ámbito político, es el que se puede describir como el momento histórico actual más relevante que hizo que los guatemaltecos por un momento pudieran depositar su confianza en una figura que a su parecer les ofrece el cambio radical de las afecciones sociales que más aquejan a las personas.

En relación a la **contribución** de la práctica profesional dentro de un contexto tan complejo como el descrito, se puede catalogar como positiva, toda vez que la Universidad Panamericana, congruente con sus principios y valores, pretende egresar profesionales capacitados para dar asistencia psicológica a tantas personas que están siendo necesitadas de ayuda, misma que por la experiencia de la practicante, fue desde una atención en crisis por la violencia común y familiar, hasta atención a casos complejos. Por todo ello, se puede considerar que dicha práctica resultó de gran apoyo a las personas que acudieron voluntaria y espontáneamente al centro de salud para ser atendidos en el departamento de psicología, abarcando cuanto ámbito se presentara.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1. Descripción

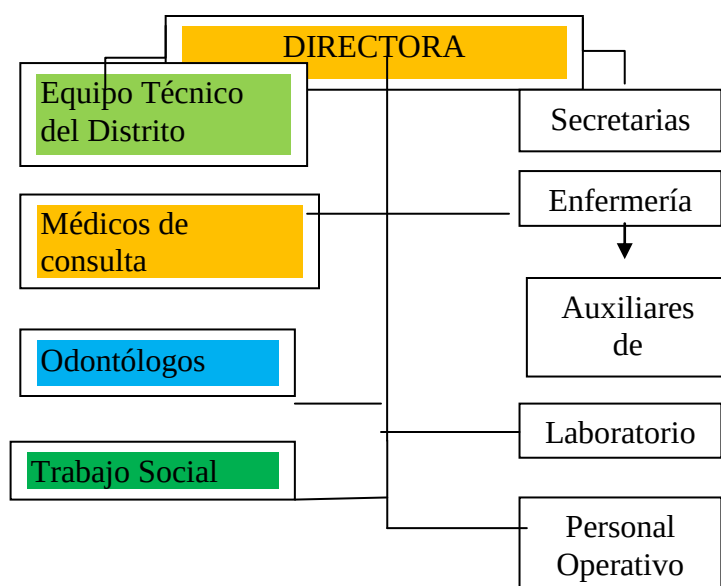
1.1.1. Misión

Como Centro de Salud tipo “B”, ser responsable de la salud de las mujeres, hombres y niños de las zonas 7 y 11 de la ciudad de Guatemala, dedicado a que reciban los mejores servicios de salud oportunos e integrales con equidad, calidad y calidez dando especial énfasis a las áreas urbano-marginales que son el grupo con mayor riesgo social y dar cumplimiento a los programas específicos que se desarrollan dentro del Plan Nacional de Salud y enfrentar los problemas prioritarios de salud.

1.1.2. Visión

El Centro de Salud de la Colonia Centro América como parte del Ministerio de Salud Pública conduce sus acciones de manera eficiente y efectiva para que los y las habitantes de las zonas 7 y 11 reciban servicios integrados de salud adecuados a las necesidades reales con equidad, calidad y calidez así contribuir al bienestar y mejorar la conservación de la salud de los habitantes.

1.1.3. Organigrama



1.1.4. Objetivos

General

El objetivo principal del centro de salud, es atender a la población circundante, es decir, de las zonas 7 y 11, en todas las áreas de salud que están asignadas, dando énfasis en las áreas urbano-marginales que son el grupo con mayor riesgo social.

Específico

Dar cumplimiento a los programas específicos que se desarrollan dentro del plan nacional de salud y enfrentar los problemas prioritarios de la misma.

1.1.5. Población que se atiende

El centro de Salud Centroamérica zona 7 actualmente presta sus servicios a: Consulta Externa, Psicología, Odontología, Vacunación Para Niños y Adultos, Saneamiento Ambiental, Tarjetas de Salud, Programa de Tuberculosis, Laboratorio, Farmacia, Trabajo Social y Educación en Salud en Escuelas, Profilaxis Sexual, Control de Tarjetas de Salud, entre otros, morbilidad infantil, atención materna y ginecológica, planificación familiar, odontología entre otros. En el 2,007 la institución cumplió 47 años. En las atenciones brindadas dentro y fuera del Centro de Salud, se atiende mayormente el Nivel Primario, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), consiste en: “proporcionar a los pueblos medios necesarios para mejorar su salud y ejecutar un mayor control sobre la misma, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, esto es basado en la enfermedad”. Y por el otro lado el Nivel Secundario, la cual se proporciona a la población luego de dar la Atención Primaria, que es, “la promoción, atención y prevención de la enfermedades”.

Capítulo 2

Referente Teórico

El centro de salud es una institución estatal dependiente del Ministerio de Salud y que atiende en forma integral la salud de las personas, en las áreas de vacunaciones, ginecología, odontología, medicina general, incluyendo salud mental ya que cuenta con área de psicología, en la cual se asiste a personas en sesiones de treinta minutos cada una, en donde se provee psicoterapia breve y/o consejería, se imparten charlas individuales sobre el impacto del SIDA por el posible contagio del paciente y proveen referencias a los pacientes que no enmarcan en la necesidad psicológica con neurólogos, psiquiatras.

La practicante de psicología enfrentó la experiencia de atención de diferentes casos tomando como base principal la salud mental, duelo, depresión, ansiedad, enuresis en niños, consejería matrimonial, cuyo fundamento está argumentado de la siguiente manera:

➤ Salud Mental:

Concepto que se le designa no sólo el eufemismo utilizado para evitar nombrar las enfermedades psiquiátricas, sino que habla fundamentalmente del derecho a vivir en un equilibrio psico-emocional que, aun siendo inestable, (porque vivir lo es), no acarree más sufrimiento que el esfuerzo necesario para mantener ese equilibrio o para lograr otro más adecuado a nuevas circunstancias.

Salud mental también es un concepto multidisciplinar que contempla, además de conceptos médicos y farmacológicos, aspectos que tienen que ver con el mundo laboral, el urbanismo, las clases sociales, la educación, la cultura, las creencias y las modas, en definitiva con el estar aquí y ahora siendo quienes somos por género cultura y rol social¹.

La salud mental en general es de suma importancia para el desarrollo individual, y por ende colectivo/social, ya que la salud mental se traduce en cómo piensan, sienten y actúan las personas cuando se enfrentan a las situaciones cotidianas de su vida; esta ayuda a determinar cómo se

¹ **Qué se entiende por salud Mental.** Recuperado: 14.11.2011. http://www.deguate.com/salud/article_3084.shtml

relacionan con otras personas y toman decisiones. Al igual que la salud física, la salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta.

El bienestar mental, es aquel atributo positivo por el que una persona puede alcanzar los niveles correspondientes de salud mental que resultan en la capacidad de vivir en plenitud y con creatividad, además de poseer una evidente flexibilidad que le permite afrontar dificultades, fracasos y los retos inevitables que plantea la vida.

Es importante destacar a este punto, que la psicología no pertenece sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desórdenes mentales evidentes, sino que corresponde además al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente socio-cultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud.

Desde las teorías psicodinámicas se postula que la salud mental así como los aspectos patológicos son partes constitutivas de todo individuo, que implica capacidades o aspectos sanos y otros patológicos, siendo la proporción de los mismos variable entre personas. Así pues, según Bion, médico y psicoanalista británico, postula que “la capacidad para tolerar la frustración sería una primera capacidad sana que permitiría al individuo en desarrollo el inicio del proceso de pensamiento y comprensión del mundo y de sí mismo”².

➤ Duelo:

Duelo es un tema frecuente que abordan muchas personas, y tomando en consideración que no es únicamente referente a una muerte física, sino de todo aquello que representa una muerte para un individuo (emociones, sentimientos, vínculos), se toma en cuenta en su aplicación las siguientes fases o etapas con su respectiva solución, siendo estas:

1. Aflicción aguda

Se inicia en el momento del fallecimiento y tiene todos los elementos de un estado de shock emocional. Sin ser rígidos en la duración de este período, pues cada persona lo hará según su propio tiempo y estilo, su duración aproximada es de uno a tres meses (en algunos puede tardarse

² Schmid Kitsikis, Elsa. (2001). Wilfred R. Bion (Vida y pensamiento psicoanalítico). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

más según las circunstancias y entre menos del tiempo señalado). Sus características más sobresalientes son:

Incredulidad

Es una de las primeras respuestas a la pérdida: la persona no cree lo que le está pasando, es una pesadilla; su familiar está trabajando, de vacaciones, en el hospital; esto no puede pasarle a él, es un error. Debido a que no es obligado ni preciso aceptar “de una vez” tan dolorosa realidad, la persona se moverá entre períodos de aceptación y de negación, según ella considere oportuno o necesario para su nivel de angustia. Por otra parte, la aceptación no es un fenómeno en singular sino en plural, es decir, la persona puede aceptar que el cuerpo está muerto (con lo difícil que ello sea), pero aceptar que no saldrá de la mano con él, que no le abrazará, besará o saldrá a bailar es un proceso muy lento y complejo que precisará de tiempo para su adaptación.

Anulación psíquica

Fenómeno temporal en donde la capacidad de comprensión se ve alterada y la persona, para su interacción con el medio, está sujeta a los estímulos que le aportan sus sentidos (en términos coloquiales “se cierra el entendadero”, “no coordina”); de esta forma, la memoria sensorial (particularmente la visual y auditiva) no sólo está bien conservada sino muy activa, y acompañada de una hipersensibilidad a la comunicación no verbal (la que viene de los gestos, postura, tono de la voz.)

Confusión e inquietud

El impacto de la pérdida deja al deudo aturdido y confundido, con sensación de entumecimiento y desorientación: con frecuencia no sabe que hacer, dónde acudir, a quién consultar o dónde estar. Puede moverse de un lado a otro sin sentido, mostrarse inquieto, utilizando el movimiento como estrategia para descargar ansiedad y angustia.

Oleadas de angustia aguda

Se trata de pequeñas crisis de gran angustia que se presentan varias veces al día, duran unos minutos y suelen ser disparadas por recuerdos del difunto: agitación, llanto, actividades sin

objeto, sensación de ahogo y de vacío en el abdomen, opresión en el pecho, debilidad muscular, sofocos y preocupación con la imagen del fallecido. Pueden llegar a ser tan dramáticas que la persona tenga sensación de muerte y se vea en la necesidad de buscar asistencia médica. Este fenómeno ayuda a entender el porqué una persona en duelo puede mostrarse en ocasiones aparentemente “serena” y al momento “angustiada”, y variar así a lo largo de los primeros días o, más adelante, que una de estas oleadas se presente coincidiendo con una fecha significativa (p.ej., aniversario, cumpleaños, día del padre); al tratarse de una respuesta de los primeros días, su presencia posterior puede sorprender al deudo y a aquellos que le rodean, dándoles la falsa sensación de que se trata de un “retroceso” en su proceso de duelo.

Pensamientos obsesivos

Se trata de un estímulo considerado negativo (doloroso, angustiante) que consiste en la repetición mental constante (con funciones adaptativas), a modo de imagen fotográfica, de los eventos que condujeron a la pérdida (p.ej., sus últimas palabras, la forma en que murió, expresión de la cara, heridas sufridas), una estrategia que ha mostrado ser útil a los deudos es la de oponerle a éste otro estímulo pero de tonalidad contraria, es decir, muy positivo (una de aquellas imágenes o fotografías que suscitan mucha ternura o una sonrisa sólo al verlas) y que la persona debe llevar con ella para cuando se presente uno de estos pensamientos obsesivos. Cuando el cuerpo del fallecido no es visto, estos pensamientos son sustituidos por “fantasías obsesivas”, las cuales pueden ser aún más angustiantes que los mismos pensamientos.

Despersonalización-des realización

Sensación que tienen las personas de que el mundo no es real, que parece falso, brumoso, lejano, o como si lo vieran a través de un velo; otras dicen ver el mundo como si vieran una película; se sienten raros, como si les hubieran cambiado; no comprenden lo que pasa, todo parece extraño, irreal; oyen lo que se les dice y no lo entienden, y sienten todo como lejano; pueden ver las cosas incoloras, desteñidas y lejanas, Es frecuente y suele ser transitorio.

Síntomas físicos

Aunque no son de obligada presencia, si que pueden presentarse uno o más de ellos al mismo tiempo. Se relacionan con la activación de los ejes neural y neuroendocrino. Entre ellos están:

sequedad de boca y mucosas, respiración suspirante, debilidad muscular, llanto, temblor incontrolable, perplejidad, trastornos del sueño y del apetito, manos frías y sudorosas, náuseas, aumento de la frecuencia urinaria, diarrea, bostezos, palpitaciones y mareos.

Otras reacciones

Pensamientos negativos sobre el futuro, desesperanza, revisión negativista o pesimista de la vida, fantasías de suicidio, sensación subjetiva de tensión y/o de haber sido sobrepasado por las circunstancias, respuestas explosivas como pérdida de control, dificultades de concentración, incapacidad transitoria para el mantenimiento de las actividades de la vida diaria, imposibilidad para descansar y disforia.

2. Conciencia de la pérdida

Cuando la persona acepta intelectualmente la nueva situación es decir a medida que los síntomas y reacciones iniciales pierden su intensidad (en particular la angustia), comienza esta segunda fase del duelo. Cuando el funeral termina, y los amigos y conocidos reanudan sus vidas normales, el verdadero significado de la pérdida golpea con fuerza al superviviente. Es un período caracterizado por una notable desorganización emocional, con la constante sensación de estar al borde de una crisis nerviosa y enloquecer. Al disminuir el nivel de angustia inicial, el dolor comienza a sentirse con mayor intensidad; en una palabra, la persona se siente peor. Sus características más importantes son:

Ansiedad de separación

Nerviosismo, protesta y malestar por la separación, sensación de desasosiego, de inquietud interior por no ver al ser querido, y que la persona suele expresar con un angustiante ruego a Dios: “déjame verlo aunque sea 5 segundos, un segundo”. Es uno de los síntomas más persistentes y angustiantes del duelo, y se asocia a otras expresiones fenomenológicas de la aflicción.

Es una condición psicológica en el cual un individuo presenta una excesiva ansiedad acerca de la separación de la persona hacia quien tiene una fuerte relación de apego.

Estrés prolongado

Aunque los deudos dispongan de estrategias de afrontamiento efectivas para enfrentar la aflicción aguda, la situación estresante es intensa y se mantiene, por lo que los efectos de la activación de los ejes fisiológicos iniciales perduran.

Culpa

Se trata de un sentimiento común a todo tipo de pérdida, presentándose en dos variedades: (1) Racional o directamente relacionada con la causa de muerte; se trata de un fenómeno poco frecuente en el duelo, y (2) Irracional, aquella que pretende explicar lo sucedido con preguntas del tipo “por qué no hice o dije” y los conocidos “debería” y “hubiera” de la aflicción: “debí haberle insistido más en que fuera al médico”, “en que tomase el autobús”. Una estrategia efectiva para aprender a vivir con este sentimiento, en particular con la culpa la irracional, es el aceptarla como uno más de los fenómenos que se presentan en la aflicción, como un síntoma más del duelo.

Rabia, agresividad e intolerancia

Como fenómenos comunes y naturales en el duelo, suelen crear conflictos con aquellos que rodean al deudo, pues son emociones no bien toleradas por los demás. La persona puede estar muy irritable, con un bajo nivel de tolerancia (al ruido, a las personas, al trabajo diario) y llena de rabia hacia Dios, los médicos, ciertas personas, una institución, el sistema de justicia o los vecinos; se busca un “cabeza de turco” o “chivo expiatorio” sobre el cual descargar la frustración, el dolor y la rabia. Debido a estos sentimientos, los miembros de la familia a veces olvidan que la pérdida de un ser querido no es un problema “entre ellos” sino “de ellos”, llevando a la ruptura en la comunicación y a la pérdida de la estructura de soporte familiar.

Rabia (Ira): Es súbita y no permanente, y dirigida a una persona, objeto, idea, y otros.

Rencor: Rabia mantenida, tiende a alojarse en la persona y está a un paso del odio.

Odio: Es universal, irracional, afecta al alma y al cuerpo, y es la personificación de la ausencia de amor.

Comportamiento de búsqueda o de espera

Relacionado con la ansiedad de separación y la aceptación incompleta de lo sucedido, esta conducta es muy frecuente durante el primer año: el deudo tiende a buscar a su familiar entre la multitud, en el autobús, en el metro, en la calle; los niños más pequeños buscarán debajo de las camas o en los armarios. En ocasiones, cuando la persona ve a alguien por detrás, que es muy parecido al fallecido, puede presentarse el fenómeno conocido como signo del “stop respiratorio”: se interrumpe la inhalación, el sujeto observa con cuidado, se da cuenta de su error y vuelve a respirar, acompañado de una sensación de tristeza y decepción. Por otra parte, se le puede esperar en los lugares conocidos, a la hora que solía llegar a casa o al trabajo o pasar por un lugar determinado por ejemplo.

Sintiendo la presencia del muerto

Aunque no todos viven este fenómeno, la presencia del difunto puede todavía ser sentida, ante lo cual el deudo puede comportarse como si no hubiese ocurrido la pérdida (p.ej., pone la mesa para dos, prepara su cama, habla con él), o tiende a buscar al muerto en lugares familiares o esperar su regreso. El sentir, ver, oír u oler al ser querido muerto suele ser un tema de discusión interminable, pues casi siempre suelen presentarse posturas encontradas que niegan o afirman una posición u otra; lo importante no es tanto si es verdad o es mentira, sino lo que este fenómeno en particular produzca en aquella que así lo vive; si esto le produce miedo o pánico, estará indicado buscar ayuda profesional; si, por el contrario, le da tranquilidad al sentirlo y verse acompañado, entonces dejará de ser un problema para ella.

Ensoñación

Aunque muchas personas no recuerdan lo soñado la mañana siguiente, es durante esta fase del duelo que los sueños son más prolíficos, cambian de contenido o calidad, o pueden hacerse más frecuentes. Si bien recordar los sueños a la mañana siguiente depende de muchos factores (p.ej., tiempo transcurrido entre la última comida y el acostarse, uso de alcohol o medicamentos hipnóticos, despertares superficiales de la noche, fase del sueño al despertar), acusar al deudo de su falta de recuerdos por el nivel de llanto desplazado por este, es, además de injusto y reflejo de

la ignorancia de la razón por la cual se recuerdan o no los sueños, es cruel y reprime la expresión de sentimientos por parte de este.

Otras reacciones

Aunque ya no son tan persistentes, por momentos pueden presentarse incredulidad, cierto grado de negación, frustración, trastornos del sueño, alivio por una situación conflictiva o difícil terminada, miedo a la muerte, añoranza y llanto recurrente.

3. Conservación-aislamiento

Esta fase es experimentada por muchos como "el peor período de todo el proceso del duelo", pues es durante ésta que la aflicción se asemeja más a una depresión (ya como trastorno psiquiátrico) o a una enfermedad general. De forma muy característica, y relacionado en parte con el desconocimiento general del proceso del duelo, la relación muerte-aflicción al final del año se pierde, y la mayoría de las personas no relacionan una cosa con la otra. Por ello, esa “nueva” sensación de tristeza es vivida por muchos como un cuadro depresivo aislado.

Sin olvidar que cada persona elabora su pena según su propio tiempo y estilo, este momento se presenta, en promedio, al cabo de 8-10 meses. Sus características más importantes son:

Aislamiento

La persona prefiere descansar y estar sola por momentos no muy largos, a oscuras y en su habitación. Su cuerpo le pide reposo, está débil y se siente fatigado por tantos meses de estrés. Las personas "molestan" de forma temporal al deudo y busca aislarse.

Impaciencia

Después de tanto sufrimiento, puede llegar un momento en el que el deudo dude de su propia capacidad de recuperación y sienta que debe hacer algo útil y provechoso que le permita salir lo más rápidamente posible de su estado de duelo. En la práctica, los deudos hacen referencia a esta situación con comentarios como que se está “cansado de tanto dolor”, "que no lo han hecho bien", "que no pueden con ello" entre otros.

Repaso obsesivo

De forma característica, durante esta época la persona empieza a hacer un repaso global de lo sucedido: los hechos en sí, la comunicación de las malas noticias, personas que le han acompañado este tiempo, efectos de la pérdida sobre el propio mundo, situación actual, este repaso puede ser sólo parcial, referido a un hecho en particular o a varios, y muy reiterativo a los largo de los meses siguientes. Este ejercicio es generalmente mental y pocas veces es comunicado a los demás; para ello, el deudo se aísla por momentos o parece distraído.

Apoyo social disminuido

Durante este período, el deudo ya encuentra poco eco a su dolor, tristeza y sensación de vacío, y la gente le tacha de “depresivo”, de “débil”, de “cansón”, de no estar “haciendo nada para recuperarse”, asumiendo que “ya debería estar bien”. La pérdida del apoyo social es ahora vivida con mayor intensidad.

Necesidad de sueño

Tras varios meses de estrés, de manejar tantas cosas al mismo tiempo (las propias de la pérdida y las asociadas a ella), la persona está agotada, física y mentalmente, y su mente le pide también reposo, alivio que obtiene con el sueño; por ello, la persona sentirá más deseos de dormir, por más horas, o en dosis fraccionadas. A veces, esto es vivido por el deudo (y por otros) como una forma de “evadir la realidad”, cuando en realidad es una necesidad fisiológica muy natural en la aflicción.

Otras reacciones

Desesperación (muy relacionada con la impaciencia y la aceptación emocional de la pérdida), desamparo (en consonancia con el apoyo social disminuido), impotencia (confirmación definitiva de la incapacidad para modificar lo sucedido) e irritabilidad (cualquier cosa que implique un gasto de energía –energía que no es utilizada en sí mismo- exaspera al doliente).

Estas tres primeras etapas configuran lo que muchos teóricos del duelo llaman la “fase aguda” de la aflicción (la cual abarca, en general, el primer año). Hasta este momento, lo que el deudo debe hacer, desde la óptica del trabajo de congoja, es expresar lo que siente, trabajar con la emoción

más que con la razón, y resolver problemas prácticos instrumentales (domiciliarios, legales, personales). No es el momento de reconstruir, sólo de sentir. Hasta este momento la vida del deudo es "dominada" por el muerto (su vida gira en torno suyo), no obstante, en algún lugar determinado de ese doloroso viaje de la aflicción, el doliente retoma la postura de pensar primero en él desde todos los ángulos o dimensiones de su vivir, piensa ya en términos de reconstrucción, de gobernar su propia vida. Se inicia pues la "fase crónica" de la aflicción, con los siguientes dos períodos del proceso.

4. Cicatrización

Este período de cicatrización significa aceptación intelectual y emocional de la pérdida, y un cambio en la visión del mundo de forma que sea compatible con la nueva realidad y permita a la persona desarrollar nuevas actividades y madurar. Esto no implica que el deudo no vuelva a sentir dolor; por el contrario, podrá vivirlo, pero de forma diferente, sin tanta angustia como al principio, si bien, con períodos de agudización que le recordarán épocas anteriores. Sus características más sobresalientes son:

Reconstruir la forma de ser

Es, esencialmente, un proceso de transformación de "volver a ser" otra persona, que está lejos de ser completado por el simple hecho de que el individuo haya dejado de llorar. Para ello, el deudo debe hacer un balance (sopesar) entre los conceptos previos al fallecimiento, y los actuales, modificados en mayor o menor cuantía por la tragedia, y utilizar el resultado – ya como "renovados" principios - a modo de cimientos para la reconstrucción.

Retomar el control de la propia vida

La muerte de un ser querido, entre todas las cosas que produce en los seres humanos, genera una dolorosa pérdida de control sobre las cosas y la propia vida. Para muchas personas esta situación es terrible, desesperante, generadora de pánico. Tomar de nuevo las riendas de la propia vida es una tarea difícil, llena de incertidumbre y fracasos, a veces asociados a expectativas poco realistas (metas muy altas) o a la falta de apoyo en la consecución de las mismas. Una manera sencilla en la cual los deudos pueden dar los primeros pasos en este proceso es comenzar con su

propio cuerpo (p.ej., alimentarse bien, reducir hábitos nocivos, hacer ejercicio, dormir de seis a ocho horas diarias) y sus actividades de la vida diaria (p.ej., estructurar el día y la semana con actividades diversas, planificar los fines de semana).

Abandono de roles anteriores

La pérdida de un ser querido es mucho más que la destrucción de un cuerpo: es la pérdida de ese ser, de lo que él significaba y de lo que aportaba a la relación. En ese dar y recibir, las personas suelen depositar en el otro ciertas funciones o roles, bien porque tiene aptitudes para ello o porque así lo deciden. Cuando la muerte termina de forma abrupta la relación, es inevitable que se produzca cierta resistencia a su abandono; algunas de ellas cederán a la evidencia con más facilidad que otras, si bien, ciertos roles pueden tener una capacidad muy grande para consumirse. Es ahora, como parte del volver a tomar el control de la propia vida, cuando el deudo debe asumir aquellos papeles que antes cumplía el fallecido, proceso difícil y no exento de dolor.

Búsqueda de un significado

Encontrarle sentido a lo sucedido no es fácil, a pesar de lo rápido que surgen las respuestas de la boca de aquellos que desde diferentes posiciones filosóficas o religiosas aportan sus razones. Debido a que los seres humanos aprenden de lo que viven, lo único que la experiencia muestra de la muerte es dolor, angustia, desesperación, tristeza y enojo, y algunas otras cosas más. Por mucho que se diga que la muerte es sólo un rito de paso, que no hay porqué tener dolor ni angustiarse, que se va a un lugar mejor, esto no es más que un acto de fe y no un producto de la experiencia. Ver un enfermo terminal morir, no es ver la muerte, es asistir a una persona todavía viva que está muriendo: aprender de su experiencia de muerte sería tanto como preguntarle, una vez muerto, qué tal fue la muerte para él, y eso no es posible hoy día desde el método científico. Por ello, buscarle un significado a lo sucedido es tremendamente complicado. Tal vez, más adelante, a cierta distancia (en términos psicológicos, existenciales o de tiempo) pueda el deudo darle respuesta a ese agobiante y desesperante “por qué” de las fases iniciales.

Cerrando el círculo

Como parte del fenómeno de cicatrización (cerrar la herida), el deudo debe emprender la tarea de reconstruir su mundo, en sus tres grandes dimensiones (realidad, sentido de vida y personalidad), logrando con ello completarse como persona con una nueva dimensión del Sí mismo.

Perdonando y olvidando

Esta fase es esencialmente un proceso de aceptación, tanto de la muerte como de los cambios generados por ésta, de las propias falencias, errores del pasado, personalidad del fallecido, viejas heridas, sensación de injusticia (real o fantaseada) y de lo que ya no puede ser. El perdón y el olvido son parte primordial de esta aceptación adaptativa.

Otras reacciones

Disminución gradual de los efectos del estrés prolongado y un aumento de la energía física y emocional; se restaura el patrón de sueño normal.

5. Renovación

Una vez que el deudo ha realizado los cambios necesarios en su realidad, sentido y estilo de vida, que ha recuperado su forma de verse a sí misma y a su mundo con un sentido positivo, y que ha logrado encontrar sustitutos y reemplazos para la persona u objeto perdido (éstos pueden ser cualquier cosa que interese al individuo o le dé un sentido y propósito, no necesariamente un rol sustituto), se mueven hacia la fase final del duelo. Sus características más importantes son:

Viviendo para sí mismo

Cuando los lazos de apego son rotos definitivamente, gracias a esa renovada concepción del Sí mismo y del mundo, la persona comienza a vivir para ella; este descubrimiento le puede dar la sensación de que la vida, la alegría, el día, la naturaleza, los colores y la mayor parte de sus cosas son ahora diferentes. Descubre un enorme coraje no supuesto antes.

Aprendiendo a vivir sin

Para poder sobrevivir, los cambios acaecidos en las tres dimensiones de su mundo llevan al deudo a excluir al ser querido fallecido del mismo, por lo que aprender a estar sin él es una parte esencial de este proceso de reconstrucción. Se trata de un fenómeno difícil, no exento de dolor y con periódicas rebeldías.

Reacciones de aniversario

Reacciones y síntomas semejantes a los experimentados durante las fases iniciales del duelo (en particular las oleadas de angustia aguda) y que se presentan tanto en la fecha de muerte como en los cumpleaños, fiestas locales, Semana Santa, Navidad, entre otros.

➤ Ansiedad

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es uno de los trastornos de ansiedad, junto con las fobias específicas (orientadas hacia un objeto determinado), la fobia social, el trastorno por estrés postraumático, la agorafobia, el trastorno de pánico o el trastorno obsesivo-compulsivo. Se caracteriza por un patrón de preocupación y ansiedad frecuente y persistente respecto de una variedad de eventos o actividades. Los síntomas deben extenderse al menos por 6 meses para poder efectuar el diagnóstico.

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

El TAG está probablemente causado por una combinación de factores biológicos y de circunstancias vitales. Muchas de las personas que la padecen también experimentan otros trastornos médicos, como depresión y/o pánico, que al parecer implican cambios en los procesos químicos cerebrales, en particular anomalías en los niveles de la serotonina. Es común en este tipo de pacientes el llevar consigo tiras de medicamentos, generalmente benzodiazepinas para aliviar un supuesto brote súbito de ansiedad, el no portar los medicamentos puede ser una causa

más de ansiedad para ellos,³ por lo que es indispensable que la persona reciba también tratamiento psicológico.

➤ Enuresis infantil

El niño cuando nace no dispone de un control voluntario de la orina sino que la micción se produce de forma automática e involuntaria cuando la vejiga se llena. Este control del reflejo de orinar se va a ir aprendiendo en los primeros años del desarrollo a través de un complejo proceso de maduración. Cuando este proceso no se produce o se realiza mal hablamos de **enuresis infantil** y va a tener como consecuencia que el niño se va a orinar encima durante el día o en la cama durante la noche.

La Enuresis es un trastorno evolutivo, es decir, está ligado a la edad. Se considera que en un desarrollo y aprendizaje normales el niño va a aprender el control urinario en torno a los 3 años. Por ello, hablaremos de **trastorno a partir de los cuatro años** cuando ya se considera que el niño tiene la madurez suficiente para adquirir el control voluntario del reflejo de orinar.

El aprendizaje del control de la orina es un proceso complejo:

La micción se produce por la contracción del músculo detrusor cuando la vejiga está llena. La acción del músculo detrusor es involuntaria en el momento del nacimiento y será a través del desarrollo cuando irá logrando el control voluntario del músculo, inhibiendo así, la orina.

El control voluntario del reflejo de orinar se va a adquirir de forma progresiva. Primero el niño será capaz de controlarlo durante el día y posteriormente lo conseguirá durante la noche. Este último paso es más complejo ya que el niño debe conseguir estar más horas sin acudir al baño y requiere despertarse ante las sensaciones vesicales. Por todo esto, la enuresis más frecuente es la **enuresis nocturna** donde el niño ha aprendido a controlar la micción cuando está despierto, pero no cuando duerme.

³ www.medicapnamericana.com/.../Temas-de-investigacion-DSMV.html

Durante todo este proceso de aprendizaje tendrán un papel importante los padres que irán enseñando al niño las pautas adecuadas para la micción. Cuando aparecen problemas de enuresis los padres van a tratar de resolverlos acudiendo al sentido común que frecuentemente solucionará el problema ayudando a su hijo con las dificultades que aparezcan. Sin embargo, en ocasiones, las soluciones que se proponen pueden ser más perjudiciales para el niño manteniendo a largo plazo el problema enurético.

El tratamiento de la enuresis lo va a realizar un Psicólogo a través de un estudio individualizado del niño. El programa de tratamiento tendrá como objetivo que el niño aprenda a controlar la orina tanto de día como mientras duerme y para ello será decisiva la colaboración de los padres.⁴

⁴ Enuresis infantil. Recuperado: 08.05.2011. <http://www.guiadepsicologia.com/infantil/enuresis.html>

Capítulo 3

Referente Metodológico

3.1. Programa del curso



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

“Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

PROGRAMA DE ESTUDIO

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

Extensión:		El Naranjo		Sección:	Única
FECHA DE RECEPCIÓN	M E S	A Ñ O			
	01	2011	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 éstas cambian en función de las actividades realizadas.

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

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

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

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

VII. Calendarización o Cronograma de Actividades

I TRIMESTRE

<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

Investigaciones por Internet

Preparación y actualización constante para el manejo de los casos asignados

(8 horas crédito, para cursos de Plan Fin de Semana)

IX. Bibliografía

- ✓ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson. México

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

3.2. Cronograma de actividades

Actividades a realizar	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov
Período de inducción a práctica en UPANA											
Solicitud de realización de práctica											
Entrevista con directora del Centro de Salud											
Captación de pacientes											
Entrevista a pacientes con proyección de permanencia											
Aplicación de pruebas											
Diagnóstico											
Aplicación de técnicas y terapias											
Finalización de casos (altas)											
Entrega de informes semanales											
Entrega de informes mensuales											
Elaboración de informe final											
Entrega de informe final											

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

OBJETIVOS	ACTIVIDAD MENSUAL	RECURSOS	MES/DÍA/HORA
Favorecer la resolución de problemas psicológicos a nivel del centro de salud	Solicitud de prácticas en la institución de salud “Centro de salud Centroamérica” Colonia Centroamérica	Documento Impreso y firmado por autoridades de UPANA	Enero 2011 Sábado 29 En horario de clases
Lograr la aprobación de la dirección del centro de práctica buscado por la practicante para realizar el desempeño solicitado por la UPANA a través del curso Práctica V	Entrevista con directora del centro de Salud zona 7	<u>Humano:</u> Entrevista por alumna 5° año de la Carrera Psicología	Enero 2011 Lunes 31 8:00 – 09:00
Iniciar prácticas psicológicas en ese centro de Salud	Captación de pacientes con pretensiones de brindarse seguimiento al tratamiento ofrecido por la practicante	<u>Humano:</u> Entrevista por alumna 5° año de la Carrera Psicología <u>Documentales:</u> Instrumentos psicológicos (tests, anamnesis/entrevista, historia clínica, información psicológica)	Febrero 2011 Todos los jueves 08:00 a 12:00

		cognitiva, y demás.) <u>Tecnológicos de propiedad personal</u> Computadora portátil Cañonera	
OBJETIVOS	ACTIVIDAD MENSUAL	RECURSOS	MES/DÍA/HORA
Diseñar y realizar entrevistas, observaciones investigaciones, Diagnósticos, informes, pruebas, de los pacientes	Formulación y/o continuación de entrevista a pacientes captados durante el mes de febrero y los que continúan solicitando asistencia bajo la premisa de continuar su tratamiento durante los siguientes meses	<u>Humano</u> Alumna practicante capacitada para realizar entrevistas a pacientes <u>Documentales:</u> Formato proporcionado por la cátedra para la formulación de la entrevista a pacientes	Marzo 2011 Todos los martes 08:00 a 12:00
Aplicar pruebas coadyuvantes al diagnóstico de pacientes entrevistados y que continúan asistiendo a tratamiento	Aplicar pruebas proyectivas menores a pacientes: test de la figura humana, test de la familia, test del árbol	<u>Humano</u> Alumna practicante capacitada para aplicar pruebas proyectivas <u>Documentales</u> Protocolos de calificación de test <u>Útiles</u> Hojas tamaño carta Lápices Borrador Sacapuntas	Marzo y abril 2011 Todos los jueves 08:00 a 12:00
Aplicar pruebas coadyuvantes al diagnóstico de	Aplicar prueba proyectiva - a paciente	<u>Humano</u> Alumna practicante capacitada para	Abril 2011 Todos los jueves

pacientes entrevistados y que continúan asistiendo a tratamiento		aplicar prueba proyectiva mayor <u>Documentales</u> Láminas estándar del Test de Apercepción Temática –TAT-	08:00 a 12:00
OBJETIVOS	ACTIVIDAD MENSUAL	RECURSOS	MES/DÍA/HORA
Diagnosticar estado mental de pacientes en proceso de tratamiento	Diagnosticar con apoyo de resultados de tests proyectivos menores y mayor, y del DSMIV TR	<u>Humano</u> Alumna practicante capacitada para diagnosticar con apoyo de catedrática de práctica <u>Documentales</u> Protocolos de calificación de test DSMIV-TR	Abril y mayo 2011 Todos los jueves 08:00-12:00 Sábados en horario de clase
Aplicación de diferentes técnicas y tratamiento para apoyo psicológico	Atención en crisis y con cita a pacientes ambulatorios	<u>Humano</u> Alumna practicante capacitada para aplicar técnicas y tratamientos diversos <u>Documentales</u> Material de apoyo diverso dependiendo el caso específico <u>Tecnológicos de propiedad personal</u> Computadora portátil Cañonera	Febrero a octubre 2011 Todos los lunes y jueves 08:00-12:00
Finalizar casos	Sesiones	<u>Humano</u>	Agosto y

con pacientes que permitieron su seguimiento	terapéuticas con el fin de darle fin a los casos tratados	Alumna practicante <u>Documentales</u> Material de apoyo diverso dependiendo el caso específico	septiembre 2011 Todos los lunes 08:00-12:00
Elaboración de informe final	Trabajo operativo de estructuración de informe final conforme requerimiento de cátedra y facultad de Ciencias de la Educación UPANA	<u>Humano</u> Alumna practicante <u>Documentales</u> -Material de apoyo diverso -Expediente de un caso terminado <u>Tecnológico</u> Computadora portátil	Octubre y noviembre 2011
OBJETIVOS	ACTIVIDAD MENSUAL	RECURSOS	MES/DÍA/HORA
Entrega de informe final	Identificación de detalles en informe final e impresión	<u>Humano</u> Alumna practicante <u>Tecnológico</u> Computadora portátil Impresora de tinta	Noviembre 2011

3.4. Planificación charla-Taller

Objetivos	Actividad	Recursos	Mes/ día / hora
Lograr un autoconocimiento de los adolescentes y/o adultos Fomentar una autoestima adecuada en los individuos Detectar casos de conducta que causen problemas en la autoestima de la persona	-Dinámica Rompehielos (sensibilización) -Definición de autoestima (concepto que tenemos de nosotros mismos) -Definir autoestima alta y autoestima baja -Porque soy importante	Humano: alumna practicante Tecnológico: Computadora Cañonera Material Didáctico: hojas de papel, lápices, pizarrón	14 de marzo 2011
Informar al paciente sobre riesgos, contagios y enfermedades.	Charla VIH SIDA	Material –catálogo del centro de Salud- no transferible	Martes 24 julio

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1. Programa de atención a casos:

4.1.1. Logros

La población que asiste en busca de apoyo al Centro de Salud, recibió el mismo de manera consciente, consistente, personalizado y dependiendo de su necesidad y constancia se le dio seguimiento. Se observó positiva la práctica aun en los casos que no se concluyeron y que fueron exclusivamente por retiro voluntario de los pacientes, debido a diversas causas, como familiares, emocionales y circunstanciales entre otros.

4.1.2. Limitaciones

a. Una de las limitaciones encontradas fue que no se adecuó dentro del centro de salud, un lugar específico y fijo para la realización del trabajo de práctica de atención psicológica. La clínica fue ambulatoria dentro del centro mismo durante todos los meses, lo que vedó la secuencia de algunos pacientes, porque además no había suficiente información de dónde estaba ubicada la practicante y los interesados creían que ya no se llegaba a atender.

b. Poca colaboración de la psicóloga titular del centro de salud, ya que asumió un papel egoísta, desinteresado e incongruente con las instrucciones que la practicante llevaba para realizar el trabajo encomendado e incompatible con la doctrina general de la psicología, como por ejemplo pretender que se atendieran pacientes en 20 minutos y en la mayoría de casos no comprometerse a darles seguimiento. Cabe destacar que este trabajo pudo haberse llevado a cabo en conjunto para bienestar de los pacientes. Así mismo, instruía a los encargados de la recepción del centro para que no enviara casos a las practicantes sino solo con ella.

c. Inconstancia en días de atención al público en general por parte del centro, debido a múltiples factores tales como sesiones de colaboradores dentro del centro, eventos especiales del centro, por impartición de charlas, fumigación, convertir el centro en lugar de acopio de víveres –en el

caso de tormenta Agatha- y en centro de votación, lo que obstaculizó un seguimiento formal para los pacientes, pues muchos de ellos llegaban y encontraban cerrado así como también la practicante, ya que de haber sabido la mayoría de veces con antelación que iba a estar cerrado se hubiera avisado a pacientes.

4.1.3. Conclusiones

En la medida de lo posible, el desempeño de la practicante en la tarea asignada en relación a atención de casos personalizados, fue desarrollado en forma consciente, congruente y bajo la observancia de principios generales y específicos para la mejoría de las personas que se tuvo a cargo durante todo el tiempo que las mismas permitieron que se les atendiera. Cabe mencionar que se tuvo la amplia colaboración de la Directora del Centro de Salud, quien siempre estuvo anuente en propiciarnos el lugar para atención semana a semana; así como la dirección de la catedrática del curso, Licenciada Cynthia Brenes, quien al plantearle los casos nos daba una orientación adecuada en relación a tratamientos y técnicas.

4.1.4. Recomendaciones

- > Que el proceso de práctica lleve desde su inicio la información final de los documentos que hay que entregar, para no verse en la necesidad de ser atrapados por el tiempo y haber dejado de obtener la información pertinente en el tiempo preciso.
- > Que la Universidad Panamericana, implemente y establezca un centro de práctica propio en donde el estudiante pueda tener la supervisión constante y las personas interesadas en ser atendidas puedan tener un lugar fijo, adecuado y acondicionado para el importante trabajo que se realiza con ellas en vistas de una contribución social como la que realmente se busca.

4.2. Muestra de un caso atendido:

Informe Psicológico

I. DATOS GENERALES:

Nombre y apellidos: Elsa Eugenia Yoc Xiquin sexo: femenino

fecha de nacimiento: 19 octubre 1976 edad: 34 años

Estado Civil: Casada

Profesión: Secretaria :

Religión: Católica

Domicilio: 7ª calle "a" 9-08 zona 7 col quinta samayoa

Teléfono: 2440-4819 5956 9012

Idioma: español

Fecha de la entrevista: 2 mayo 2011

Horario: 10-11 am

Referido por: la paciente llegó al Centro de salud Zona 7 por sugerencia de la directora de la escuela donde estudian sus hijos quien dice la vio mal.

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente asistió al centro de salud para resolver su problema el cual refiere es tener miedo de todo, de salir sola a la calle porque siente que algo malo le va a pasar, que tiene angustia por la incapacidad de estar sola.

III. HISTORIA DEL PROBLEMA ACTUAL:

Respecto al motivo de la consulta es importante tomar en cuenta:

A) Manifestaciones y cronología de la enfermedad: Refiere tener miedo de todo, de salir sola a la calle porque siente que algo malo le va a pasar, que tiene angustia por la incapacidad de poder hacer algo cuando tiene los episodios de miedo. El principal miedo

es a estar sola o caminar en la calle sola y esto le altera la presión sanguínea. También refiere que los miedos también los experimento cuando era niña como de 7 años.

B) Factores precipitantes: Los estresores que pudieron provocar el problema fueron la falta de atención médica en el momento del primer parto en el que se sintió sola, desatendida, impotente, miedosa a morir, rechazada por el personal del hospital que ignoró su situación urgente.

C) Impacto del trastorno: cambios en su conducta social porque siempre está huyendo de las personas, cambios orgánicos porque está enferma de gastritis por estrés, lo que le ha significado cambios alimenticios, y alteración psíquica porque padece síntomas como sudoración, agitación nerviosa, hipertensión cuando tiene los miedos.

IV. HISTORIA CLÍNICA

A) Personales no patológicos

Son todos los antecedentes no patológicos de la persona como:

1. Historia prenatal:

Refiere que el embarazo de la madre fue normal, sin complicaciones, (no refiere más datos.)

2. Nacimiento:

Refiere que fue un parto normal, sin problemas al nacer.

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

No sabe si gateo pero camino al año un mes, dentición normal, control de esfínteres normal refiere no recordar problemas de esfínteres.

4. Evolución del lenguaje:

Refiere que no sabe si le costó hablar o no

5. Desenvolvimiento escolar:

Refiere que inició la escuela pública a los 7 años y le costó adaptarse porque no podía hacer el punto y no le gustaba dibujar, además que no tenía amigas.

6. Desenvolvimiento social:

No había relaciones personales con amigos, participaba por obligación en las actividades sociales.

7. Adolescencia:

Refiere que la menarquía fue a los 11 años, no tenía amigas, conoció a los 12 años al que hoy es su esposo.

8. Adulthood:

Empezó a trabajar después de la práctica secretarial, a los 19 años, hoy no trabaja porque su esposo prefiere que se trate su salud, no tiene actividades sociales y casi ninguna recreativas.

9. Historia psicosexual y vida marital:

Refiere haber iniciado la actividad sexual a los 16 años con el que hoy es su esposo y que su matrimonio en un principio fue violento, con muchas diferencias y falta de comunicación con su esposo, hoy El es cariñoso y comunicativo y siente su apoyo en todo. Su actividad sexual no es frecuente porque viven los 4 (ellos dos y sus dos hijos) en un cuarto que les dieron sus papas.

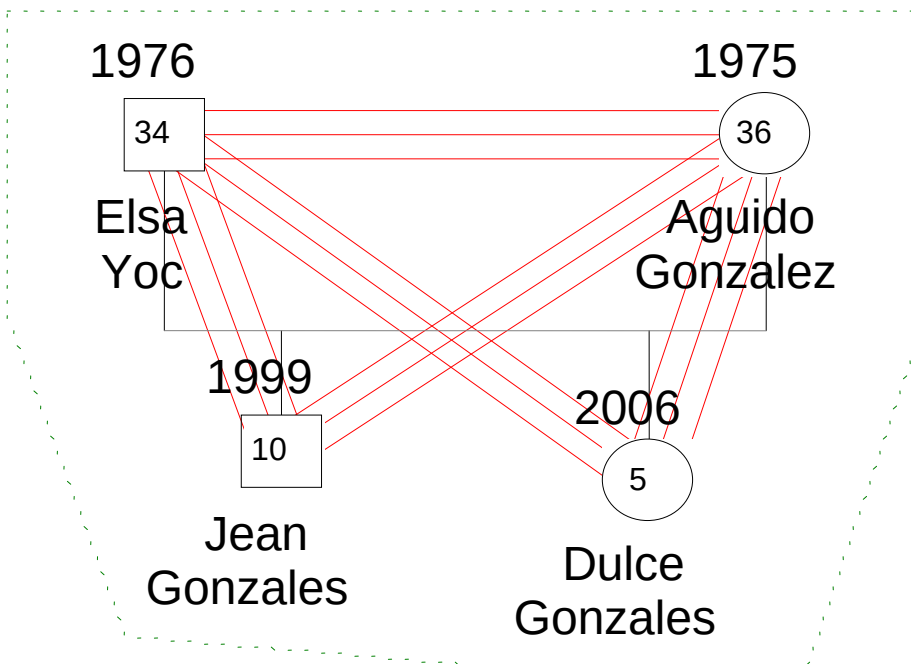
B) *Personales patológicos:*

1. Historia Médica: tuvo dos partos con cesárea, el primero fue con sufrimiento fetal, hoy su salud mental requiere atención psicológica y psiquiátrica, porque sufre ataques de pánico, además del estrés que maneja, también requiere atención médica para erradicar la gastritis y controlar eficazmente la hipertensión. Hoy toma atenolol para ello pero dice que siente que ya no le hace bien.
2. Antecedentes de desordenes emocionales o mentales anteriores:

La paciente ha referido que desde niña padece de miedos, que con su primer parto padeció de depresión, ataques o episodios de miedo y tuvo pensamientos suicidas y que hoy ya no tiene depresión pero los miedos se han vuelto crónico.

V. HISTORIA FAMILIAR

1. Genograma



2. Estructura Familiar:

Los miembros de la familia son cuatro: papá (Aguido), mamá (Elsa) y dos hijos (Jean y Dulce), el grado de armonía es buena con buena comunicación entre conyugues y entre padres e hijos, hay apoyo de consideración del esposo hacia los padecimientos de Elsa, situación económica deficiente porque solo El trabaja y nos les alcanza para los medicamentos, condiciones deficientes de vivienda porque carecen de una y viven en un cuarto.

3. Antecedentes familiares:

La madre se llama Maria Silvestre y refiere que es muy autoritaria, que ella es la que ha mantenido el núcleo familiar, ella es la que trabaja (hace comida para vender); el padre se llama Florencio, es ayudante de albañil y su trabajo es inconstante, bebía mucho , trabajo de ayudante de albañil muy inestable, **La paciente refiere** que su papá bebía mucho cuando ellos eran pequeños , que aun vive con ellos porque cuando se casó les dieron un cuarto para vivir, y que tal vez eso la ha hecho codependiente, porque no puede estar sola. Ambos padres están preocupados por sus miedos y es su papá el que casi siempre la acompaña al centro de salud, lleva una buena relación con ellos. Elsa tiene dos hijos uno de 10 años llamado Jean que platica mucho con ella, esta malo de su espalda por mal parto, y tiende a tener los mismos miedos que ella. Su hija dulce de 5 años. Está casada con Aguido González Vicente de 36 años con quien lleva actualmente una buena relación, tiene tres hermanos: Florencio 40 años, Erick de 33 años, y Wendy de 25 años con quienes tuvo una buena relación en su infancia.

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

IV. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

1. presentación (descripción general)

a) **nivel de conciencia:** en estado de vigilia

b) **aspecto general:** La paciente tiene tez morena clara, complexión delgada, estatura aproximada 1.50 mts, con cierto grado de nerviosismo en sus movimientos hablar espontáneo pero a veces interrumpido por lágrimas cuando expresa sus padecimientos, responde a la entrevista con actitud colaboradora e interesada en iniciar un tratamiento, estado de ánimo Ansioso. Angustiado, triste. El pensamiento coherente se caracteriza por ser claro, fácil de seguir y lógico.

c) **Actitud:** durante las sesiones es expresiva y colaboradora.

2. conducta motora y estado afectivo:

a) conducta motora: movimientos normales

b) afecto: gestos normales, volumen y entonación de voz normal, no hay tartamudeo ni desentono de su habla.

3. Estado cognitivo:

- a. capacidad de atención: muy buena
- b. concentración normal : grado de comprensión buena
- c. Orientación: buena orientación en tiempo, espacio y lugar. Es decir sabe quién es, dónde está, en qué fecha y hora se encuentra y sus circunstancias actuales.
- d. Lenguaje: entonado con volumen de voz normal, no hay tartamudeo ni desentono de su habla.
 - 1. Fluidez: habla espontánea; volumen normal, timbre, habla normal; no tartamudea.
 - 2. Comprensión: del lenguaje hablado y escrito; obedece órdenes de complejidad variable: responde “sí o no” a las preguntas; señala los objetos descritos.
 - 3. Bien en frases de dificultad
 - 4. Designación: responde a describir objetos y partes de objetos a la confrontación visual(o a la presentación táctil).
- e. Memoria: Remota (años): responde a preguntas del pasado reciente (meses); y memoria inmediata (minutos y segundos).
- f. .Razonamiento: abstracto y Juicio práctico

4. Pensamiento:

Proceso: coherencia, dirección hacia un objetivo; lógica. Se puede considerar concreto, tangencial, perseverante.

Contenido: tiene preocupaciones que refiere sobre su padecimiento pero que no interfieren con la atención, concentración, sueño, apetito); tiene Planes para el futuro, y ante todo quiere curarse.

Introspección: (Insight) La paciente entiende sus problemas médicos y psicológicos y tiene conciencia de los factores que afectan al curso de los mismos. Tiene la Capacidad de interpretar razonablemente su situación y de interpretar sus emociones (emocional).

5. Estado de ánimo:

Ánimo preocupado cuando expresa su problema de miedos pero controla y presenta buen estado de ánimo durante la entrevista; ha referido que maneja diversos sentimientos y estados de ansiedad, miedo, suspicacia, perplejidad, desesperanza, entre otros.

La altera el tener que recordar y experimentar las sensación de miedos al relatarlos.

VIII. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

TEST DE LA FIGURA HUMANA

Aspecto formal, estructural o expresivo:

Elsa Considera al sexo contrario más fuerte, proyecta Sentimiento de inadecuación, y de inferioridad, tendencia al Retraimiento al sentirse rechazado, Infravaloración de la imagen parental, probablemente por haber vivido su infancia de alguna manera violenta, Inseguridad, Timidez, Bajo nivel energético, represión, Ejemplo de neuróticos angustiados o esquizofrénicos crónicos y catatónicos.

Elsa proyecta ser una Persona con depresión, Desubicación, Índice de ansiedad, Falta de certeza, Dependencia, Falta de auto confianza, Siente que está realizando esfuerzos en su vida y a veces que su meta es inalcanzable. También Introversión, Tendencia a la regresión, Inmadurez, Tensión la que manifiesta es permanente. Presenta Fuerte apego o dependencia hacia padre o persona del sexo opuesto.

Análisis de Contenido:

Le concede mayor autoridad social o intelectual, Relaciones interpersonales caracterizadas por superficialidad cautela y hostilidad, Encerramiento frente al mundo. Elsa proyecta concentración de su propia realidad interna. Percepción vaga del mundo, también Conflicto sexual seguramente por la incapacidad de tener un ambiente de privacidad, también presenta infantilidad, y agresión a nivel verbal.

Rasgos de contacto:

Elsa proyecta deseo de contacto de relaciones, Sentimiento de deficiencia y debilidad. Persona con dificultad de contacto. Sentimiento de culpa en relación a actividades manipuladoras. Individuo con trastorno en el desarrollo, falta de estabilidad, Individuo primitivo y desorganizado que necesita ayuda.

TEST DE LA FAMILIA

- ❑ Aunque Elsa presente Determinación, decisión, y asertividad, proyecta Inhibición de la expansión vital, fuerte tendencia a replegarse en sí mismo, Conflicto inconcluso. Tendencia regresiva (hacia el pasado,

- ❑ Se asocia con sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez, retraimiento o depresión. Percibe el ambiente como amenazante y se inhibe ante él.
- ❑ Admira, envidia o teme; se identifica con Jean su primer hijo de quien expresa llevarse muy bien con él, tener buena comunicación con él.
- ❑ Elsa proyecta desvalorización de los miembros de la familia, perturbaciones en las relaciones interpersonales, probablemente a de sus padres según ella ha expresado ha habido perturbación de las relaciones interpersonales con ellos vinculada quizá al recuerdo de la infancia.

IX IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- ➡ La px es una persona realista ante los conflictos personales que está atravesando, presenta crisis de angustia (panic attack) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas (13) **de** aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control.
- ➡ Tendencia a desarrollar un trastorno de ansiedad generalizada o de neurosis.

X. EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I: F 40. Trastorno de angustia Generalizada

F40.1 (ansiedad Generalizada) (se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses).

Eje II: Z03.2 no haya diagnóstico (V7 109).

Eje III: Enfermedades del aparato digestivo (K00-K93) gastritis, Síntomas, signos y trastornos definidos como enfermedad [780-799] hipertensión.

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales: problemas relativos al ambiente social y problemas económicos: (pobreza extrema, economía insuficiente, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales).

Eje V: 41-50 (Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves) o cualquier alteración, grave de la actividad social, laboral (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).

X I. RECOMENDACIONES

Que la paciente continúe con el proceso psicológico para trabajar las áreas de autocontrol de emociones, (miedos, ira,) con las diferentes técnicas que se han estado utilizando: técnicas de relajación y catarsis, test, apoyo de escucha, entre otros, pero aunado a tratamiento psiquiátrico el cual se le ha recomendado y/o referido.

Nombre de Practicante

firma Practicante

30 de julio del 2011.
Fecha del informe

PLAN TERAPÉUTICO

I. TEORÍAS QUE EXPLICAN EL DIAGNÓSTICO

A) Teoría **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.

PERSPECTIVA TERAPÉUTICA

Perspectiva Cognitiva:

Los ataques de miedo, parten según la triada cognitiva:

- (1) pensar negativamente sobre sí mismas
- (2) interpretar sus experiencias de forma negativa y
- (3) tener una visión pesimista del futuro.

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 remplazando pensamientos negativos automáticos con pensamientos realistas, valiéndose de las técnicas de la Terapia Racional Emotiva y la Terapia Cognitiva en sí.

II. TIEMPO ESTIMADO

El tiempo estimado de la terapia es de 6 meses, aproximadamente 20 sesiones, teniendo una sesión por semana de 50 minutos.

I. PRESENTACIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Individual de ansiedad,	Modificar las distorsiones cognitivas y supuestos personales	Enseñarle a distraerse de las sensaciones de ansiedad con técnicas de relajación	Hoja de instrucciones para realizar los ejercicios en casa
Crisis de angustia	Ayudar a la 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.	Hoja en blanco para realizar la jerarquía de conductas
Estrés	Aprendizaje para relajar la musculatura, ya que existe relación directa entre tensión muscular y tensión psíquica.	Entrenamiento en relajación: Ejercicios de respiración, distensión muscular y relajación corporal	Hoja de instrucciones para realizar los ejercicios en casa
Miedos (soledad)	Ayudar a la paciente a reconocer que tiende a anticipar eventos temidos sin base real	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. Hoja en blanco para realizar la jerarquía de miedos
Ira	Enseñarle a la paciente 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

III. OBJETIVOS, TÉCNICAS Y RECURSOS

Objetivo	Técnicas	Recursos
Enseñarle a distraerse de las sensaciones de irritabilidad, inhibiendo emociones de enojo o ira.	Entrenamiento en relajación: Ejercicios de respiración, distensión muscular y relajación corporal.	Hoja de instrucciones para realizar los ejercicios en casa.
Aprender la diferencias entre emociones y pensamientos	Utilizar la mímica para expresar diferentes emociones que estarán escritas en fichas.	Fichas con diferentes emociones.
	En una hoja se escriben varias emociones y varios pensamientos y la paciente deberá identificar qué es cada uno.	Hoja de pensamientos o emociones. (Ver anexos).
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 auto instrucciones.	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 auto registros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.	Formato de auto registro.

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. Flecha Descendente: diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba.	Formato de evidencias en pro y en contra.
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.	
	Programación de actividades incompatibles u opuestas: Permitir 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.
Conocimiento y aceptación de su trastorno para enfrentar tratamiento	Terapia de Aceptación y compromiso: que permite entender muchas de las fuentes del sufrimiento humano y la forma en que un comportamiento inadecuado se puede convertir en un trastorno psicológico.	Ejercicio de lectura sobre el tema en clínica

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

Ileana Carolina Chacón García

Firma

4.3. Programa de elaboración de proyectos de salud mental (talleres)

4.3.1. Logros

En la asistencia al centro de salud, se logró aprender y poner en práctica el desarrollo y planteamiento al paciente de la charla relativa al VIH, contando con la información que proporciona el mismo centro a través de catálogos de tamaño doble oficio con gráficos full color y en páginas duras, que explican el contagio, desarrollo, y prevención para erradicar la proliferación de dicha amenaza sanitaria.

4.3.2. Limitaciones

A pesar de la espontánea colaboración de las autoridades administrativas de dicho centro en relación a permitirnos realizar la práctica de psicología clínica, encontramos el limitante de tiempo necesario para juntar pacientes y realizar la charla/taller que pretendíamos dar, por ello el día de la presentación de la primera charla se contó únicamente con la presencia de 7 personas.

4.3.3. Conclusiones

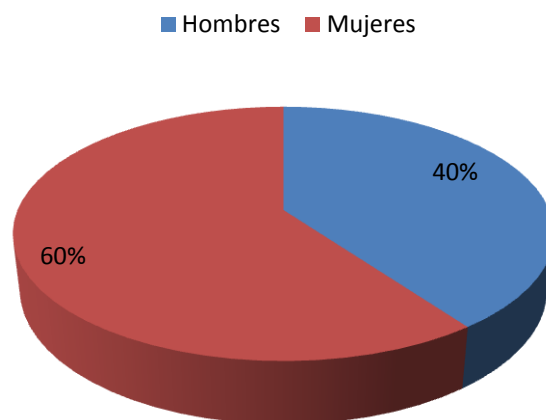
El llegar preparada como practicante en el tema a desarrollar fue de mucha utilidad porque simplificó el traslado de información, así como las actividades planificadas para dicha charla, contando con la colaboración de los asistentes.

4.3.4. Recomendaciones

Que se haga un temario de charlas por parte de los alumnos practicantes de temas psicológicos para proponer a los centros de práctica en donde se va a trabajar, para que de los contenidos el centro escoja el que más se apegue a las condiciones de trabajo del lugar.

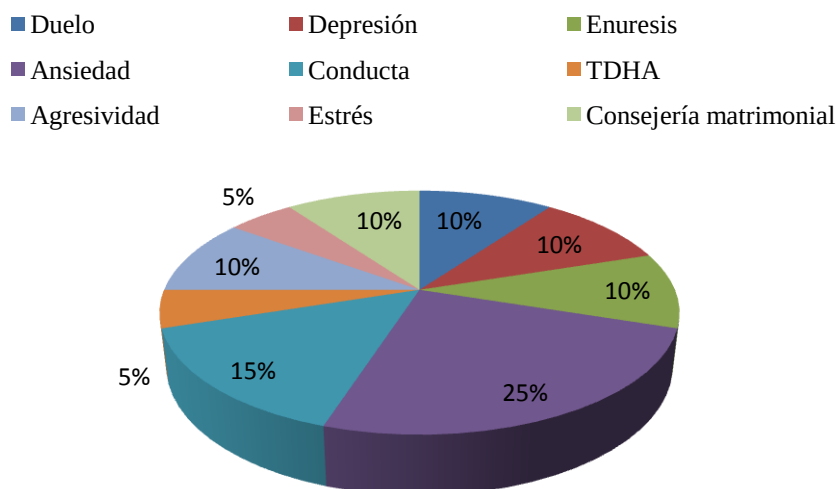
4.4. Gráficas:

Pacientes atendidos por sexo



Fuente: Diario de campo. Practicante supervisada 2011. Centro de Salud Colonia Centroamérica

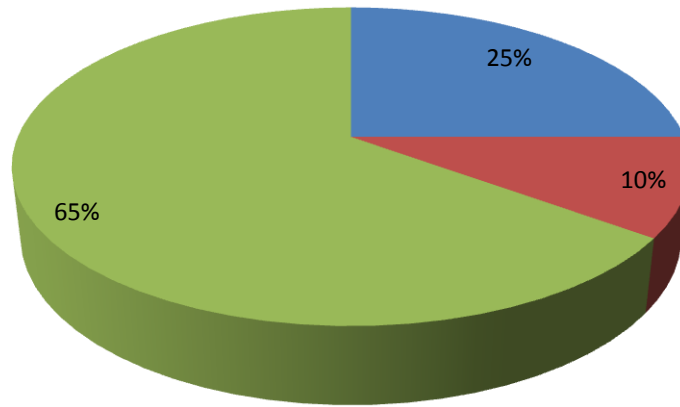
Diagnósticos



Fuente: Diario de campo. Practicante supervisada 2011. Centro de Salud Colonia Centroamérica

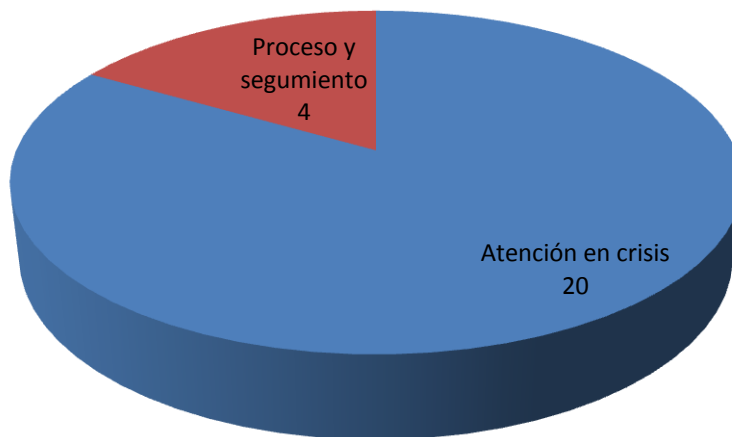
Pacientes por rango etario

■ Niños ■ Adolescentes ■ Adultos



Fuente: Diario de campo. Practicante supervisada 2011. Centro de Salud Colonia Centroamérica

Casos Atendidos



Fuente: Diario de campo. Practicante supervisada 2011. Centro de Salud Colonia Centroamérica

Conclusiones

La compilación de toda la información del trabajo de práctica de psicología clínica para los estudiantes de quinto año de la carrera, es un compendio del arduo trabajo que se llevó a cabo durante el año, bajo la inducción de la catedrática sobre lo relativo al trabajo de práctica, dentro de la cual se incluye las informaciones directivas en clase para después aplicar los conocimientos a la práctica formal en el centro que abrió sus puertas para poderla ejercer, la cual tuvo lugar bajo la responsabilidad del alumno practicante en lo que respecta ejecución, intervención desde la primera cita con el paciente en las instalaciones del Centro de práctica, como es el caso que presenta este informe la paciente Elsa Yoc, su seguimiento responsable con tratamientos específicos a su trastorno según los cambios observados hasta darle de alta, paciente quien en su última sesión expresó su agradecimiento verbal por la ayuda y apoyo psicológico brindado.

La práctica de salud mental tuvo lugar en el centro de Salud zona 7 colonia el Rodeo, los días lunes de 8.00 am a 12.00 am, siendo atendidos niños, adolescentes y adultos, que acudieron voluntariamente a solicitar apoyo psicológico a dicho centro, la cual ha sido una experiencia motivadora para seguir aplicando los conocimientos adquiridos, poder cumplir con los objetivos sociales y además brindar una asistencia psicológica profesional.

Recomendación

No estaría demás insistir y aprovechar los recursos tecnológicos y/o didácticos y profesionales que posee la UPANA para capacitar más al alumno de práctica de psicología clínica, en cuanto a la elaboración y abordaje de tratamientos en los pacientes antes y después del diagnóstico, porque sin esta experiencia y sin supervisión se hacen difíciles las consultas respectivas a posibles tratamientos respecto a tiempo, práctica y seguimiento de los pacientes.

Referencias

Bibliográficas

Schmid Kitsikis, Elsa. (2001). Wilfred R. Bion (Vida y pensamiento psicoanalítico). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Zung W. A. (1965) Self rating depression Scale. Arch Gen Psychiatric.

Internet

Fuentes Firmadas

Superintendencia de Bancos. Informe de Estabilidad Financiera No. 9, a junio de 2011. Guatemala, Guatemala (2011). Recuperado: 17.11.2011.
<http://www.sib.gob.gt/web/sib/informacionfinanciera/estabilidad>

Fuente no firmada

Qué se entiende por salud Mental. Recuperado: 14.11.2011.
http://www.deguate.com/salud/article_3084.shtml

Ansiedad. Recuperado 7.12.11. [http:// www.medicapanamericana.com/.../Temas-de-investigacion-DSMV.ht...](http://www.medicapanamericana.com/.../Temas-de-investigacion-DSMV.ht...)

Enuresis infantil. Recuperado: 7.12.11 <http://www.guiadepsicologia.com/infantil/>

Jerarquía de miedos. Recuperado 7.12.11 [http:// www.cyberpadres.com/serpadre](http://www.cyberpadres.com/serpadre)

ANEXOS

- Carta de Solicitud de Ejercicio de Práctica en el Centro de Salud de la Colonia Centroamérica Zona 7.
- Información Requerida.



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA
"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

Guatemala, 31 de enero de 2011

Dra.
Mirna Floridalma Tellez Orellana
Directora
Centro de Salud Colonia Centroamérica
Su Despacho

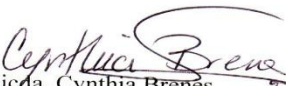
Estimada Doctora Tellez:

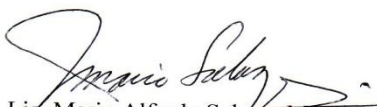
Después de enviarle un cordial saludo en nombre de la Universidad Panamericana de Guatemala, respetuosamente nos dirigimos a usted con el objeto de solicitarle autorice que la alumna, **ILEANA CAROLINA CHACÓN GARCÍA**, estudiante del Quinto Año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería 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 Chacón García.

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


Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín
Coordinador de la Facultad de Educación
Universidad Panamericana (Campus El Naranjo)



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



**UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA
PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL**

INFORMACIÓN REQUERIDA:

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: CENTRO DE SALUD CENTROAMERICA

DIRECCIÓN: 31 Av. "C" y 10 Calle colonia Centroamérica Zona 7

NOMBRE DEL ENCARGADO: Dra. Mirna Floridalma Téllez Orellana de Garcia

PUESTO: Directora Centro de Salud Centroamerica

SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN:

: Consulta Externa de Medicina general, Ginecología, Odontología
: Consulta Externa de Psicología y atención especial a los pacientes
: Servicio de Vacunación Infantil y de adultos, planificación familiar
: Laboratorio Clínico
: Vigilancia y control del medio ambiente

NOMBRE DE LA PRACTICANTE: **ILEANA CAROLINA CHACON GARCIA**

GRADO: 13º Trimestre

HORARIO DE PRÁCTICA: Días: Martes y Jueves

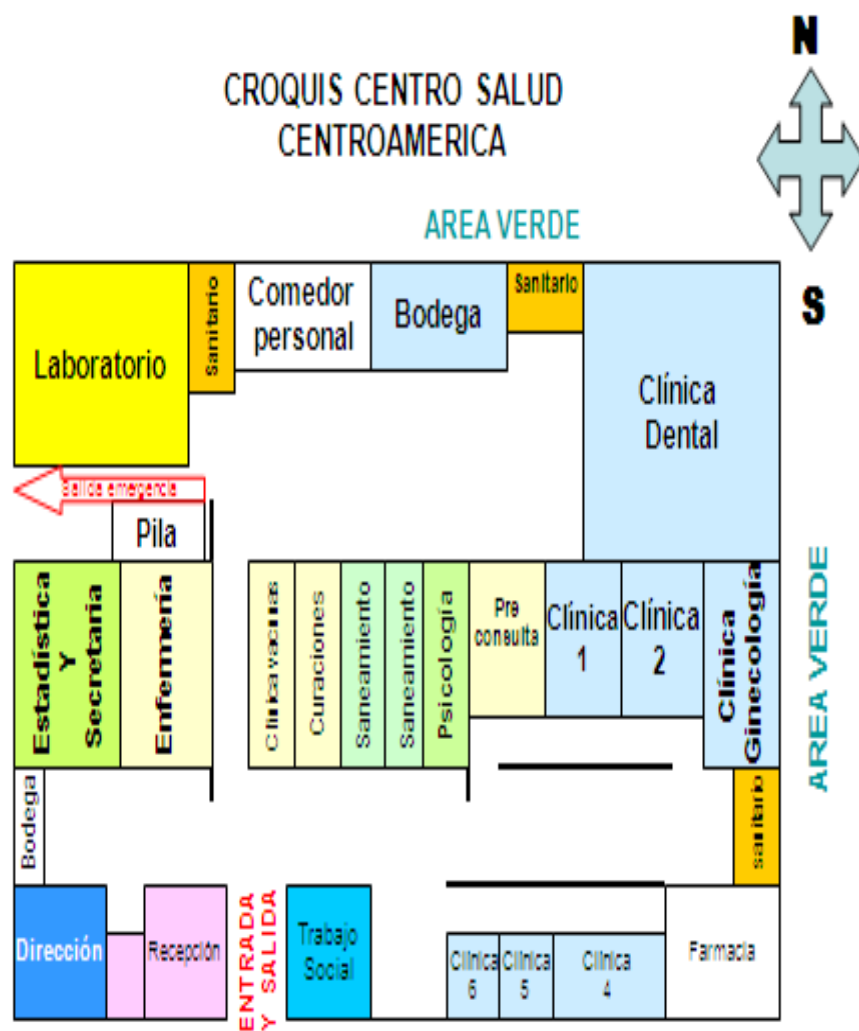
Horario: 8:00 a 13:00 Horas

FECHA DE LA PRÁCTICA: con inicio el 1 de febrero de 2011

OBSERVACIONES: _____

FIRMA Y SELLO DE ACEPTADO





➤ **Material de Apoyo**

Escala de Depresión de Zung (ZDS)

La Escala de Depresión de Zung se presentó en la siguiente publicación⁵.

La Escala de Depresión de Zung es un cuestionario auto aplicado formado por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

¿Cómo interpretar el resultado?

Cada ítem de la escala puede proporcionar una puntuación entre 1 a 4; el rango de valores es por tanto de 20–80 puntos.

<= 28	Ausencia de depresión
entre 28 y 41	Depresión leve
entre 42 y 53	Depresión moderada
>= 53	Depresión grave

Puntos de corte

La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Marque junto a cada frase la casilla que mejor refleje su situación actual.

▪ ⁵ Zung, W. W. K.: A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 1965; 12:63–70

Escala de Medición de Zung.

		Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
	◀ ▲ ▼ ▶				
1	Me siento triste y deprimido.	☐	☐	☐	☐
2	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.	☐	☐	☐	☐
3	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	☐	☐	☐	☐
4	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.	☐	☐	☐	☐
5	Ahora tengo tanto apetito como antes.	☐	☐	☐	☐
6	Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.	☐	☐	☐	☐
7	Creo que estoy adelgazando.	☐	☐	☐	☐
8	Estoy estreñado.	☐	☐	☐	☐
9	Tengo palpitaciones.	☐	☐	☐	☐
10	Me canso por cualquier cosa.	☐	☐	☐	☐

		Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
11	Mi cabeza está tan despejada como antes.				
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13	Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.				
14	Tengo esperanza y confío en el futuro.				
15	Me siento más irritable que habitualmente.				
16	Encuentro fácil tomar decisiones.				
17	Me creo útil y necesario para la gente.				
18	Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.				
19	Creo que sería mejor para los demás si me muriera.				
20	Me gustan las mismas cosas que solían agradarme.				

Relajación Muscular progresiva de Jacobson

La Relajación Muscular Progresiva es una técnica de tratamiento del estrés desarrollada por el fisioterapeuta Edmund Jacobson en los primeros años 1920. Jacobson argumentaba que ya que la tensión muscular acompaña a la ansiedad, uno puede reducir la ansiedad aprendiendo a relajar la tensión muscular.

Jacobson entrenó a sus pacientes para relajar voluntariamente ciertos músculos de su cuerpo para reducir los síntomas de la ansiedad. También descubrió que el procedimiento de relajación es efectivo contra la úlcera, insomnio, y la hipertensión. Hay muchos paralelismos con el entrenamiento autógeno de Schultz, que fue desarrollado independientemente.

La técnica de Jacobson todavía es popular entre los modernos fisioterapeutas.

Pasos para relajarse:

Sentarse en una silla confortable; sería ideal que tuviese reposabrazos. También puede hacerse acostándose en una cama. Ponerse tan cómodo como sea posible (no utilizar zapatos o ropa apretada) y no cruzar las piernas. Hacer una respiración profunda completa; hacerlo lentamente. Otra vez. Después alternativamente tensamos y relajamos grupos específicos de músculos. Después de tensionar un músculo, este se encontrara más relajado que antes de aplicar la tensión. Se debe concentrar en la sensación de los músculos, específicamente en el contraste entre la tensión y la relajación. Con el tiempo, se reconocerá la tensión de un músculo específico y de esta manera seremos capaces de reducir esa tensión.

No se deben tensar músculos distintos que el grupo muscular que estamos trabajando en cada paso. No mantener la respiración, apretar los dientes o los ojos. Respirar lentamente y uniformemente y pensar solo en el contraste entre la tensión y la relajación. Cada tensión debe durar unos 10 segundos; cada relajación otros 10 o 15 segundos. Contar "1, 2, 3 ..."

Hacer la secuencia entera una vez al día hasta sentir que se es capaz de controlar las tensiones de los músculos. Hay que ser cuidadoso si se tienen agarrotamientos musculares, huesos rotos u otros que hacen aconsejable consultar previamente con el médico.

1. **Manos.** Apretar los puños, se tensan y destensan. Los dedos se extienden y se relajan después.

2. **Bíceps y tríceps.** Los bíceps se tensan (al tensar los bíceps nos aseguramos que no tensamos las manos para ello agitamos las manos antes después relajamos dejándolos reposar en los apoyabrazos. Los tríceps se tensan doblando los brazos en la dirección contraria a la habitual, después se relajan.
3. **Hombros.** Tirar de ellos hacia atrás (ser cuidadoso con esto) y relajarlos.
4. **Cuello (lateral).** Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajar. Hacer lo mismo a la izquierda.
5. **Cuello (hacia adelante).** Llevar el mentón hacia el pecho, después relajarlo. (Llevar la cabeza hacia atrás no está recomendado).
6. **Boca (extender y retraer).** Con la boca abierta, extender la lengua tanto como se pueda y relajar dejándola reposar en la parte de abajo de la boca. Llevar la lengua hasta tan atrás como se pueda en la garganta y relajar.
7. **Lengua (paladar y base).** Apretar la lengua contra el paladar y después relajar. Apretarla contra la base de la boca y relajar.
8. **Ojos.** Abrirlos tanto como sea posible y relajar. Estar seguros de que quedan completamente relajados, los ojos, la frente y la nariz después de cada tensión.
9. **Respiración.** Inspira tan profundamente como sea posible; y entonces toma un poquito más; expira y respira normalmente durante 15 segundos. Después expira echando todo el aire que sea posible; entonces expira un poco más; respira normalmente durante 15 segundos.
10. **Espalda.** Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, tirar tu cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada; relajar. Ser cuidadoso con esto.
11. **Glúteos.** Ténsalas y eleva la pelvis fuera de la silla; relajar. Aprieta las nalgas contra la silla; relajar.
12. **Muslos.** Extender las piernas y elevarlas 10 cm. No tenses el estómago; relajar. Apretar los pies en el suelo; relajar.
13. **Estómago.** Tirar de él hacia dentro tanto como sea posible; relajar completamente. Tirar del estómago hacia afuera; relajar.
14. **Pies.** Apretar los dedos (sin elevar las piernas); relajar. Apuntar con los dedos hacia arriba tanto como sea posible ; relajar.
15. **5.Dedos.** Con las piernas relajadas, apretar los dedos contra el suelo; relajar. Arquear los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA LENTA

La respiración diafragmática lenta es una técnica de control de la ansiedad muy utilizada desde la antigüedad.

Se practica en formas diversas, que tienen en común el tomar poco aire, lentamente y llevándolo a la parte de debajo de los pulmones. Veamos las pautas para aprender a practicarla.

1º Aprender respiración diafragmática

- Pon una mano en el pecho y otra sobre el estómago, para asegurarte de que llevas el aire a la parte de abajo de los pulmones, sin mover el pecho.
- Al tomar el aire, lentamente, lo llevas a la parte de abajo de tus pulmones, hinchando un poco estómago y barriga, sin mover el pecho.
- Retienes un momento el aire en esa posición.
- Sueltas el aire, lentamente, hundiendo un poco estómago y barriga; sin mover el pecho.
- Procura mantenerte relajado y relajarte un poco más al soltar el aire.

2º Aprender a hacerla más lenta

- Tomar aire, tal como se indica en el párrafo anterior, lentamente y contando de uno a 5 Retenerlo, contando de uno a 3.
- Soltarlo lentamente, mientras cuentas de uno a 5 Consejos sobre su uso Al empezar, práctica cuando estés más tranquilo. Te resultará más fácil si estás acostado o recostado en un lugar cómodo, silencioso y con temperatura agradable.

No tomes mucha cantidad de aire.

Es mejor que respires por la nariz, pero si tienes algún problema que te lo impida, respira por la boca sin abrirla demasiado.

Practica varias veces al día (al menos 2 sesiones, de 10 minutos cada una), durante un par de semanas.

Cuando ya domines la técnica en posición de tumbado o recostado, practícala en diferentes posiciones (sentado, de pie, andando, ...) y en diferentes lugares, empezando por los que te resulten más fáciles.

Una vez aprendida, no será necesario que cuentes mentalmente. Bastará con hacer respiración diafragmática lenta.

No la utilices para intentar controlar la ansiedad, hasta que sepas respirar de este modo, sintiéndote cómodo y relajado. Para esto, antes tienes que practicar muchas veces.

La aplicación de esta técnica para afrontar la ansiedad en tu vida cotidiana, supone que seas capaz de ocupar en ella sólo una parte de tu atención, mientras dejas libre otra parte de tu mente para atender otras tareas o cuestiones.

Jerarquías de Miedos

Elaboración de la Jerarquía: IDENTIFICAR:

Existen diferentes tipos de jerarquías dependiendo del tema y criterio escogido:

- ✓ Espaciales, la aproximación y el orden de las situaciones se realizan en función de la proximidad o lejanía al estímulo temido.
- ✓ Temporales, el tiempo es el factor que marca el grado de intensidad en el miedo sentido.
- ✓ De cantidad, se realizan en función de la intensidad y volumen de los estímulos.
- ✓ Temáticas, se gradúan las situaciones en torno a un tema.
- ✓ Mixtas, en las que se combinan las diferentes variables anteriores.

Para construir la escala jerárquica de escenas ansiógenas se debe seguir los siguientes pasos:

- Escoger el miedo con el que se va a trabajar, que en nuestro caso será el miedo escénico.
- Hacer una lista entre doce y veinte situaciones que implican el miedo.
- Utilizar el termómetro del miedo dando un valor de cinco a la escena o situación más suave y de cien a la peor de las situaciones. Wolpe denomina a estas calificaciones con el nombre de unidades subjetivas de ansiedad (suds: Subjective Units of Distress). La relajación total vale cero suds.

De esta forma los acontecimientos quedarán jerarquizados según su mayor o menor capacidad de provocar ansiedad. Cada ítem de la lista representará un aumento de estrés sobre el ítem anterior y tales aumentos deben ser, aproximadamente, del mismo grado.

En cuanto a la aplicación de la relajación a la jerarquía de situaciones se seguirán los puntos siguientes:

- Visualizar, una vez conseguida la relajación total, el primer ítem de la jerarquía durante 40 o 50 segundos, de la forma más real posible, logrando una representación mental clara

de la situación. Hay que ser capaz de evocar sonidos, olores, imágenes, sensaciones de tacto y estructura de la situación.

- Observar si empieza cualquier signo de tensión o sensación de ansiedad y asignarle un valor en "suds" mentalmente.
- Utilizar la sensación de tensión como señal para empezar la relajación muscular profunda. La tensión es un primer sistema de aviso de lo que luego será malestar emocional real.
- Una vez ha decrecido el nivel de tensión, volver a imaginar la escena o situación hasta que sea posible mantenerla en la imaginación sin experimentar ansiedad o tensión.
- Cuando en dos presentaciones seguidas no se experimente ansiedad, entonces se puede pasar a la siguiente escena de la jerarquía.

A medida que se va adelantando en la jerarquía se experimenta una mejoría en la habilidad para hacer frente a las situaciones de la vida real.

Si se observa alguna dificultad para practicar la desensibilización sistemática, posiblemente se deba a uno o varios de los siguientes problemas:

- ❖ Relajación incompleta.
- ❖ Dificultades en la visualización.
- ❖ Jerarquías mal construidas.

La exposición puede ser real o imaginaria. Para niños menores de 11 años resulta recomendable utilizar el procedimiento de exposición real, ya que su capacidad cognitiva no se encuentra lo suficientemente desarrollada para que la representación simbólica de la situación que temen les proporcione una experiencia emocional similar a la realidad. La exposición en vivo es más efectiva que en la imaginación.

La relajación muscular es la respuesta elegida para contrarrestar la respuesta de ansiedad y sustituirla. Los niños más pequeños pueden tener dificultades para alcanzar una relajación profunda y discriminar los diferentes niveles de tensión y relajación. Por este motivo hay que buscar respuestas alternativas a la relajación, que inhiban también la ansiedad. Entre las actividades posibles y dependiendo de la edad se encuentra el juego, la risa, el enfado, la música, las imágenes emotivas, y sobre todo el apoyo de los padres y el terapeuta al fomentar los sentimientos de seguridad y bienestar frente a los estímulos temidos.

TEST DE LA FIGURA HUMANA: KAREN MACHOVER (PACIENTE ELSA YOC)

ASPECTO FORMAL, ESTRUCTURAL O EXPRESIVO

9-5-11

TAMAÑO dibujo figura m/F		
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	X	Posible respuesta pasiva Considera sexo contrario más fuerte
Figura pequeña	X	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	X	Sentimiento de inadecuación Tendencia al retraimiento Inseguridad
CALIDAD DE LÍNEA		
Continua de línea fuerte, firme y ligera	X	Actitud de ataque
Trazo largo y fuerte		Decidida y fuerte Firme control de la conducta

Línea débil Presión baja	X	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	X	Índice de ansiedad Falta de certeza
Trazos cortos	X	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	X	Necesidad de sustento. Dependencia. Falta de auto confianza.
COLOCACIÓN DE LA FIGURA		
Arriba	X	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	X/x	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	X	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.	X	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	X 3RA LINEA	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.	X	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	x/X	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		Timidez.

cabeza		
Énfasis exagerado de los rasgos faciales		Compensar la deficiencia de autoestima por una autoimagen de individuo agresivo y socialmente dominante.
Odio, temor, perplejidad, agresión, rebeldía		Muestran lo más característico de sus relaciones interpersonales.
OJOS		
Furtivos y sospechosos		Ideas de alucinación
Penetrantes		Arma social agresiva
Bizcos		Confundido en pensamiento
Grandes, oscuros, acentuados y amenazantes.		Hostilidad. Sospecha proyectada por individuo paranoico.
Hombre que dibuja ojos grandes con pestañas.		Homosexualidad o identificación con figura femenina.
Cerrados	X	Encerramiento frente al mundo. Concentración de su propia realidad interna.
Omisión de pupila con dibujo de contorno de ojo.	x/	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 omitidas		
Bien arregladas		Persona refinada con cuidado personal. / Actitud crítica.
Peludas		Persona primitiva (instintiva, sin autocontrol).
Cejas levantadas.		Desdén. / Arrogancia. / Duda.

OREJAS ómitidas		
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).	X/ Fem	Conflicto sexual.
Sombreada.		Temor a la castración.
Larga		Vigor sexual.
Chata	x/	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	X/fem	Infantilismo. / Dependencia oral.
Una línea	x/	Agresividad a nivel verbal.
Variación de trazo rápido, corto, con presión.		Fuerte impulso a la agresión verbal (no lo hace por miedo).
Amplia tonada hacia arriba.		Genialidad forzada. / Esfuerzo por ganar aprobación.
Omisión		Culpabilidad en relación a la agresión oral.
Detallada con dientes a la vista		Índice de infantilidad. / Agresión oral. Esquizofrénicos e histéricos.
Destacada.		Dificultad sexual. / Persona caprichosa a alimentos, síntomas gástricos, lenguaje indecente, arranques de mal humor.
LABIOS		
Gruesos en figura masculina.		Signo de afeminamiento. Aparece frecuentemente con rasgos que muestran tendencias narcisistas.
Semejante al falo.		Personas que han experimentado actos sexuales con la boca.
Arcos cupidos.		Observados en muchachas precoces sexualmente.

Colocación de palillo, cigarro, o pipa		Tratamiento erótico – oral.
BARBILLA (muestra fuerza y determinación).		
Ya sea notadas en dibujos de perfil, borradas o reforzadas, sobresale de manera predominante		Compensación por debilidad e inadecuación en asumir responsabilidades. Se manifiesta como un impulso a aparecer socialmente enérgico y dominante.
CUELLO omitido/ fig. femenina		
Destacado		Perturbado por falta de coordinación entre el impuso y sus funciones de control mental.
Alto y delgado		Sujeto excesivamente moral que ostenta un fuerte dominio sobre sus instintos.
Corto	X	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.	X/	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.	X/ Fem.	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.	x/	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.	x/X	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 auto eróticas.
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).	X	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.	X/	Falta de estabilidad o miedo a la realidad.
Dibujar primero pies y piernas.		Énfasis en la realidad.
Pié enfatizado.		Ansiedad frente a la realidad, prioridad del aquí y ahora.
Omisión de dedos de pies.	x/	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.	X/X	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. Sobre compensación 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.

TEST FAMILIA

FI, FR & F-F-D

Aspectos Emocionales

Nombre: ELSA YOC Sexo: femenino
F. aplicación: 2-5-11 Colegio: ---
Edad cronológica: 34 AÑOS Grado:
Evaluador: Carolina Chacón

PLANO GRÁFICO

FI	FR	KF D	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.
	X		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.
	X		Trazo recto	Determinación, decisión, asertividad.
			Trazo curvo	Sentimientos, emoción, aspectos femeninos.
			Zig -zag	Agresividad.
			Todas	Impulsividad, inmadurez.

			direcciones	
			Esquiadas	Conflicto, desajuste emocional, inseguridad; inadecuación. Dificultades motoras.
			Borraduras	Ansiedad generalmente asociado al área que borra y conflictos emocionales.
FI	FR	KF D	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.
	x		Sector superior de la página	Se relaciona en general con la expansión imaginativa, es la región de los soñadores e idealistas. Representa el mundo de la fantasía, las ideas y tendencias espirituales.
	x		Sector izquierdo de la página	Conflicto inconcluso. Tendencia regresiva (hacia el pasado).
			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.
FI	FR	KF D	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
	x		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, inmadures y conducta acting-out. Más común en protocolos de niños con lesión cerebral. Transparencia en área genital significa ansiedad, conflicto, miedo agudo y preocupación relacionado con lo sexual, el nacimiento o mutilación corporal. Puede ser un pedido de ayuda que el niño no puede expresar con palabras.
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).
x			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
JEAN	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 intromete 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 “compartamentalización”.
			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 y otros.)
			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	KF D	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.
	x		Omisión de rasgos faciales: desvalorización de los miembros de la familia, perturbaciones en las relaciones interpersonales.
	x		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.
	x		Omisión de nariz: pacientes clínicos, tímidos, retraídos, en clases especiales, con síntomas psicosomáticos. 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 “cry for help”
			Dientes: niños muy agresivos, es necesario sumarle otros ítems emocionales.
		x	Omisión de cuello: 10 ^a varones/ 9 ^a niñas Relacionado con inmadurez, impulsividad y controles internos pobres.
			Sombreado de cuello: 8 ^a varones/7 ^a niñas Esfuerzo por controlar impulsos. Algunos niños lo logran pero se descompensan ante una situación mientras que otros niños vacilan entre impulsividad e hipercontrol, yendo de un extremo a otro
FI	FR	KF D	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 valores / 9ª niñas Ansiedad relacionada con el cuerpo. Niños psicosomáticos.
			Transparencias: ansiedad con respecto 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 el 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	KF D	BRAZOS Y MANOS
	X hija		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.
	X		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, 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	KF D	PIERNAS Y PIES
	X hija		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.

			ASPECTOS AMBIENTALES
			Líneas sobre las figuras: presión del ambiente, preocupación, inseguridad.
			Sol: luz, calor, presencia paternal.
			Nubes tapando el solo 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	KF D	ANIMALES
			Inclusión de animales salvajes:
			Inclusión de animales domésticos:
			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	KF D	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.