#### UNIVERSIDAD PANAMERICANA

Facultad de Ciencias Psicológicas Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



## Salud Mental Comunitaria, Práctica realizada en Centro de Salud, Colonia Centro América

(Práctica Profesional Dirigida)

Karla Paoola Pérez Chacón

Guatemala, Septiembre 2012

## Salud Mental Comunitaria, Práctica realizada en Centro de Salud, Colonia Centro América, Zona 7

(Práctica Profesional Dirigida)

Karla Paoola Pérez Chacón (estudiante) Licda. Cynthia Brenes (catedrática)

Guatemala, Septiembre 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



## DICTAMEN APROBACION PARA ELABORAR INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

ASUNTO: Karla Paoola Pérez Chacón

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:

- El anteproyecto presentado con el nombre de: "Salud Mental Comunitaria" está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para un informe Final de Práctica Profesional Dirigida.
- 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).
- 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 Ramino Bolaños

Decano Facultad de Ciencias de la Educació



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

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Salud Mental Comunitaria", Práctica realizada en Centro de Salud, Colonia Centro América, presentado por la estudiante: Karla Paoola Pérez Chacón quien se identifica con número de carné 0701977 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 continué con el proceso correspondiente.

Asesora - Tutora



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

En virtud de que el informe final dela sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: "Salud Mental Comunitaria", Práctica realizada en Centro de Salud, Colonia Centro América, presentado por la estudiante: **Karla Paoola Pérez Chacón**, 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: "Salud mental Comunitaria", Práctica realizada en Centro de Salud, Centro América, presentado por la estudiante **Karla Paoola Pérez Chacón**, 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 Quiro

Decano

Facultad de Ciencias Psicológicas

#### **Agradecimientos**

A:

DIOS porque es el dador de mi vida, el que desde el inicio de mis días me sustenta y alimenta en todo sentido, y quien me ha mostrado una indudable misericordia y apoyo en cuanto paso he dado y deseado hacer hasta culminarlo.

Mi ESPOSO, Joel Estuardo Gamarro Palomo, por su amor e incondicional apoyo en el proceso y finalización de este nuevo logro académico, tanto moral como materialmente, incluyendo el cuidado de nuestros hijos los días sábados que duró esta inversión de conocimiento.

Mis HIJOS, Javier e Ian, puesto que fueron el impulso para ir tras este reto.

Mi PADRE, José Francisco, por creer como siempre en que mis objetivos tienen un propósito y haberme apoyado en el cuidado de mis hijos en varias ocasiones para poder estudiar y asistir a mis estudios.

Mi MADRE, Ileana Carolina, por admirarme y vivir orgullosa de todo cuanto realizo, y haber sido mi compañera en este camino que iniciamos y terminamos juntas.

Las Autoridades y Catedráticos de la Universidad Panamericana, por la formación académica brindada y en especial al licenciado José Ramiro Bolaños Rivera, Decano de la Facultad de Ciencias de la Educación, por su gestión de puertas abiertas y el apoyo brindado a los estudiantes que nos formamos bajo su cargo, previo a ser creada la Facultad de Ciencias Psicológicas.



### Contenido

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. Marco de Referencia	4
1.1. Descripción	4
Capítulo 2. Referente Teórico	6
2.1. Salud Mental	6
2.2. Estrés	7
2.3. Estrés Postraumático	14
2.4. Inteligencia Emocional	16
2.5. Abuso sexual	17
2.6. Duelo	18
2.7. Depresión	28
2.8. Relaciones Familiares	31
Capítulo 3. Referente Metodológico	36
3.1. Programa del curso	36
3.2. Cronograma de actividades	46
3.3. Planificación de Actividades por mes en el centro de práctica	47
3.4. Planificación de Charla-Taller	50
Capítulo 4. Presentación de resultados	51
4.1. Programa de atención a casos	51
4.2. Muestra de un caso atendido	53
4.3. Programa de elaboración de proyectos de salud mental (talleres)	76
4.4. Gráficas	78
Conclusiones	80
Recomendaciones	81
Referencias	82
Anexos	83

#### 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, Karla Paoola Pérez Chacón, el cual se desarrolló durante los meses de febrero a octubre de dos mil once, en el Centro de Salud ubicado en la 31 avenida entre  $10^a$  y 11 calle de la zona 7, Colonia Centroamérica, Ciudad de Guatemala.

El trabajo que se llevó a cabo 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, apegada a lo establecido por la estructura de sesiones 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 se realizó en este 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 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, y otros; 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, correspondiente al mes de 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 el 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 urbanomarginales 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 urbanomarginales 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

Por edades y grupos prioritarios. Hombres y mujeres de toda edad desde recién nacidos en inmunizaciones, vacunaciones, emergencias, monitoreo de crecimiento, morbilidad infantil, atención materna y ginecológica, planificación familiar, odontología y psicología.

#### 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 (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 teoría base del trabajo realizado durante el período de práctica supervisada fue en distintos temas tales como:

#### 2.1. Salud Mental

Que es un concepto que abarca 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, aún 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.

Es también 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 social<sup>1</sup>.

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; ésta ayuda a determinar cómo se 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.

6

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Qué se entiende por salud Mental. Recuperado: 14.11.2011. http://www.deguate.com/salud/article\_3084.shtml

El bienestar mental, es visto como 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"<sup>2</sup>.

#### 2.2. Estrés

El estrés está estrechamente vinculado con las personas, no importando su edad o sexo, y tomando en consideración que cada vez existen más evidencias de que el estrés puede tener un papel en la enfermedad, se tomó en cuenta este aspecto como referente teórico, ya que estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones que perturban el equilibrio emocional y se da cuando las exigencias de la vida diaria superan los recursos con los que se cuenta para resolverlas. Por su parte, el **Estrés Psicológico**, es todo proceso originado tanto en el ambiente exterior como interior de la persona, que implica un apremio o exigencia de su organismo y cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismos psicológicos de defensa antes que sea activado algún otro sistema.

Se presenta cuando una persona piensa que es incapaz de controlar aspectos importantes de la vida. Las habilidades cuya presencia disminuye el estrés y el riesgo de enfermedad incluye la

\_

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Schmid Kitsikis, Elsa. (2001). Wilfred R. Bion (Vida y pensamiento psicoanalítico). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

habilidad de adaptarse a los cambios ambientales, manejo de emociones fuertes, interpretar la situación de manera correcta y establecer relaciones sanas.

Todo lo anterior también considerando que el estrés puede generar trastornos Psicofisiológicos, siendo los síntomas más comunes se reflejan observablemente: irritabilidad, angustia, somnolencia, tristeza, dolor de cabeza constante, diarrea o estreñimiento, falta de apetito, palpitaciones rápidas, sarpullidos o alergias, dificultad de adaptación en cambios de rutina, apego exagerado por ciertas personas, y muchos de ellos a su vez se constituyen respuestas fisiológicas o trastornos psicofisiológicos.

En relación a los **dolores de cabeza**, pueden tener una variedad de causas pero principalmente resulta del estrés y el bajo control de respuesta ante el mismo.

En cuanto a los **trastornos cardiovasculares**, se manifiestan como condiciones patológicas que se relacionan con el funcionamiento del corazón y los vasos sanguíneos, entre ellas la EEC - Enfermedad Coronaria del Corazón-, la arterioesclerosis, hipertensión o presión alta, angina de pecho o un infarto al miocardio, conocido como ataque al corazón, del cual se cree que el estrés contribuye al riesgo de la enfermedad coronaria del corazón porque en situaciones estresantes el cuerpo secreta más sustancia hormonales, conocidas como catecolaminas, entre las cuales la epinefrina y la norepinefrina, aceleran el daño cerebral.

Son varios factores del estilo de vida personal pueden incrementar el estrés, de los cuales probablemente el más importante es vivir en un contexto que lleva un ritmo acelerado aumenta el riesgo de la enfermedad cardiaca probablemente porque incrementa el estrés. Los individuos que piden mucho de sí mismos y de los demás que tienden a trabajar con mucha presión, tienen riesgo alto de enfermedad coronaria. Las emociones hostiles características de muchos individuos también se considera como un factor de riesgo así como la pérdida de algún familiar.

El estrés incontrolable parece estar relacionado con el desarrollo de **cáncer**. Algunas investigaciones indican que tanto la incapacidad para expresar emociones intensas como la depresión pueden estar asociadas con riesgo alto de desarrollar cáncer.

El **Sistema Inmunológico** regula la susceptibilidad a la enfermedad en el cuerpo. Al parecer, existe una relación compleja entre el estrés y la susceptibilidad a la enfermedad. Se ha

demostrado que los planteamientos psicológicos para la regulación del estrés afectan el sistema inmune.

Los **trastornos gastrointestinales** como la diarrea y las úlceras parecen tener tanto causas psicológicas relacionadas con el estrés como causas corporales.

Si se evalúan los estresores, se puede iniciar tomando en cuenta el contexto individual y la convivencia social, los cuales definitivamente son generadores de estrés para el individuo en general.

En cuanto a cada uno de los factores se refiere, cuando se habla del estrés en la familia, se incluye como un tema relativo a padres e hijos, y los antecedentes o vivencias familiares que inciden en el carácter, la personalidad y hasta en los valores ostentados por cada uno de los miembros de la familia.

Con respecto a los padres, el mayor nivel de estrés es en relación al cumplimiento de sus obligaciones y cuando el padre estudia, se ve afectado por las mismas, tales como dejar listos los qué haceres de casa, encomendar a los hijos con el cónyuge, asistente del hogar o alguna persona de confianza, no compartir tiempo y actividades con la familia.

Con respecto a los hijos, el estrés se desarrolla en cuanto a la acumulación de las exigencias de sus padres, el compromiso que tienen que sustentar de llevar a cabo una vida exitosa y formarse como seres independientes y capaces de sobrevivir a los retos contemporáneos.

Del estrés hay mucho que hablar y otro factor preponderante en la generación del mismo es la observancia de unas buenas Relaciones Interpersonales, que se constituyen como la habilidad y la capacidad que se tiene para comunicarse entre sí con una o más personas, con respeto y estableciendo lazos de comunicación efectivos. Ello se traduce a su vez, en el manejo adecuado de una inteligencia emocional.

Siguiendo con la descripción de factores preponderantes generadores de estrés, cabe mencionar lo relativo a problemas económicos, que ante ello, el estrés se genera ilimitadamente, pues la necesidad humana en la práctica es ilimitada, mientras que los recursos y bienes económicos son limitados.

Ahora bien, teniendo en cuenta que el hombre vive en sociedad para mejorar su bienestar intelectual, espiritual, moral, económico, entre otros factores, las necesidades del individuo, especialmente las económicas tendrán un diferente grado de intensidad dependiendo de la importancia que para el sujeto de afección tenga la misma, así mismo dentro de las necesidades individuales están la alimentación, la vivienda, el vestido, la educación, la recreación, entre otros. En consecuencia, cuando de necesidad se habla, como por ejemplo: las deudas, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas o para cubrir las expectativas personales —estudios, transporte, vida social-, familiares o del negocio, son sólo algunas de las causas económicas que producen estrés, ya que se le otorga un valor psicológico, calificándose o ponderándose personalmente y en forma cualitativa conforme a la capacidad económica que se tiene o se quiere tener.

Por otra parte, el estrés académico es otro factor destacable como generador de estrés, ya que sus fuentes se encuentran básicamente en el ámbito educativo. Lo padecen los alumnos de educación superior y tiene como fuente exclusiva estrés relacionado con las actividades que van a desarrollar en el ámbito educativo y económico, este último debido a las necesidades que hay que cubrir para llevar a cabo el estudio tales como el pago de mensualidades, adquisición de tecnología, uso de transporte, trabajar para sustentar estudios a nivel universitario. Se hace importante mencionar que la carencia de la cobertura de alguna o de varias de las necesidades en este sentido son detonantes en los problemas de comportamiento, la existencia de sintomatología depresiva, la autonomía respecto a los padres y el desarrollo psicosocial.

Finalmente, pero no menos importante, como factor generador de estrés se puede mencionar la salud física de las personas. Y siendo el estrés una reacción (respuesta) del organismo ante los cambios sucedidos en una persona, se presenta cuando las demandas de la vida se perciben demasiado difíciles, la persona se siente ansiosa y tensa, percibe mayor rapidez los latidos del corazón. Es también considerado un mecanismo de defensa para protegerse de las presiones físicas o emocionales.

Cuando la persona considera estar agobiada busca formas de huir de su situación desencadenando la reacción de casi todos los órganos y funciones del cuerpo, (cerebro, nervios, corazón, flujo de sangre, nivel hormonal, digestión y los músculos), este agobio en la actualidad se conoce como

estrés, el cual afecta emocional y físicamente a la persona, y por lo general provoca tensión, ansiedad y reacciones fisiológicas, pudiendo llegar a tener consecuencias más fuertes en la salud de la persona en tanto no se atienda el problema.

Según Moles, al hablar de emoción, se entiende la misma como "reacción somática que acompaña conductas muy determinadas, producidas ante la satisfacción o insatisfacción de necesidades debido esto a cambios ambientales repentinos"<sup>3</sup>. El ser humano está dotado de la capacidad de disponer de un cúmulo de emociones y sentimientos, muchos de ellos producto de su condicionamiento social, considerándose al aparato emocional constituido fundamentalmente por cuatro emociones básicas de las que se derivan y condicionan otras muchas, estas emociones específicamente son la alegría, la rabia, el miedo, la tristeza.

Cuando el organismo tarda más tiempo en recuperarse del estrés, puede producirse una situación anómala, caracterizada por la presencia excesiva de las sustancias que se liberaron en su momento para hacer frente a la situación.

La función adaptativa de las emociones va a depender de la evaluación que la persona haga del estímulo, es decir, del significado que le dé a este, y de la respuesta de afrontamiento que genere.

La salud humana es un complejo proceso sustentado sobre el equilibrio de factores biopsicosociales, es decir, una persona sana tiene en equilibrio tanto su cuerpo como su mente en adaptación con su entorno.

Una vía clave que relaciona las emociones y el sistema inmunológico es la influencia de las hormonas que se liberan con el estrés. Las catecolamina (adrenalina y noradrenalina) y el cortisol, entre otras, obstaculizan la función de las células inmunológicas: el estrés anula la resistencia inmunológica, supuestamente en una conservación de energía que da prioridad a la emergencia más inmediata, que es una mayor presión para la supervivencia, tal como refiere Goleman en su libro Inteligencia Emocional<sup>4</sup>.

Basándose en lo anterior, se ha establecido la hipótesis que el estrés y las emociones negativas, como la ira, la ansiedad y la depresión, podían ser la causa de ciertas enfermedades. Las

-

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> Moles, Juan (2000) "Asesoramiento Clínico" Editorial Greco, Caracas

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Goleman, Daniel. 1996 "Inteligencia emocional". Javier Vergara Editor, Buenos Aires

investigaciones no han arrojado datos clínicos suficientes como para establecer una relación causal, pero sí, se reconoce que, estas emociones, afectan la vulnerabilidad de las personas a contraer enfermedades. Asimismo, se investiga si las emociones positivas son beneficiosas a la hora de la recuperación de la enfermedad.

A continuación, se revisarán algunos aspectos en los que se aprecia la influencia del estrés en los procesos emocionales que causan diversos trastornos.

#### Estrés y La Ansiedad

El estrés puede provenir de cualquier situación o pensamiento que haga a la persona sentirse frustrada, furiosa o ansiosa.

Por su parte, la ansiedad es un sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación. La fuente de estos síntomas no siempre se conoce.

Según refiere Goleman, "Durante momentos de gran ansiedad, el cerebro secreta grandes niveles de cortisol y norepinefrina que interfieren con las operaciones normales de los mecanismos neurológicos para el aprendizaje y la memoria. Cuando estas hormonas de estrés llegan a un nivel crítico, mejoran la función de la amígdala pero debilitan las áreas pre frontales, las cuales pierden la capacidad de contener los impulsos de la amígdala"<sup>5</sup>.

El estrés indica un estado de nerviosismo constante, impaciencia, falta de tiempo, vida frenética, irritabilidad, insomnio, entre otros. Si todos estos factores se asocian a la carga de trabajo laboral o estudiantil, donde generalmente se pasa gran parte del tiempo diario, semanal y mensual, puede provocar trastornos físicos que pueden incomodar en exceso a cualquier persona.

#### Estrés y daño físico

El estrés, según diversos expertos en psicología, es un mecanismo de alerta que posee nuestro cuerpo, cuyo capitán es el cerebro, que proporciona una serie de respuestas a modo de alerta ante situaciones que incomodan la vida y ritmo diarios de la persona y si está instalado en nuestro ámbito cotidiano provoca diversos efectos negativos en el organismo como: Ansiedad, dolores

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup>Goleman, Daniel: 1996 "Inteligencia emocional". Javier Vergara Editor, Buenos Aires

musculares, dolor de cabeza, cansancio, falta de apetito, memoria, irritabilidad, problemas digestivos y frustración entre otros.

Al padecer constantemente estos síntomas, el cerebro emitirá señales al resto del organismo para que se aumenten las pulsaciones y la respiración, consiguiendo un aporte extra de oxígeno en la sangre que pueda prevenir la situación de supuesto riesgo a la que hace frente el cerebro tras detectar esos "anuncios". El aumento de tensión arterial se produce de inmediato, por lo que el aporte sanguíneo al corazón se incrementa corriendo el riesgo de derivar en infarto de miocardio o arritmias si se prolonga o se habitúa al torrente sanguíneo a convivir bajo una tensión arterial alta. Esta actividad arterial tan frenética puede desembocar en la paralización de las funciones del sistema digestivo, de la ralentización en la secreción de saliva (sensación de boca seca) o de constante dilatación de las pupilas.

Otra respuesta que se genera en el cerebro es el envío de señales a las glándulas suprarrenales, las cuales liberarán sustancias como el cortisol, que alteran el organismo.

El hipocampo es particularmente vulnerable al continuo estrés emocional, por los dañinos efectos del cortisol. Bajo estrés prolongado, el cortisol ataca las neuronas del hipocampo, reduciendo el ritmo en el que se agregan las neuronas, o incluso reduciendo el número total, con un impacto negativo en el aprendizaje. La muerte de las neuronas del hipocampo ocurre durante un sostenido aumento del cortisol, por ejemplo, durante una depresión severa o un trauma intenso. Incluso en bajas dosis, los períodos de estrés extensos producen altos niveles de cortisol que pueden impedir el crecimiento de esas neuronas. Con esto, se concluye que el estrés tiene influencia en el aprendizaje.

En los vínculos del estrés con la salud, los sistemas biológicos claves son el sistema nervioso simpático (SNS), y el eje hipófisis-hipotálamo-suprarrenal (HHS). Cuando estamos atemorizados, tanto el SNC como el eje HHS asumen el desafío, secretando hormonas que nos preparan para enfrentarnos a una emergencia o amenaza. Pero lo hacen tomando recursos del sistema inmune y endocrinológico, entre otros. Esto debilita a dicho sistema clave para la salud, por un momento o durante años.

#### 2.3. Estrés postraumático

Es un tipo de trastorno de ansiedad que puede ocurrir después de que se ha observado o experimentado un hecho traumático que involucra una amenaza de lesión o de muerte.

#### **Causas**

El trastorno de estrés postraumático puede ocurrir a cualquier edad y aparecer luego de un desastre natural como una inundación o un incendio, o eventos como:

- Un asalto
- Violencia doméstica
- Un encarcelamiento
- Violación
- Terrorismo
- Guerra

La causa del trastorno de estrés postraumático se desconoce, pero hay factores psicológicos, genéticos, físicos y sociales que intervienen. El trastorno de estrés postraumático cambia la respuesta del cuerpo al estrés. Éste afecta las hormonas del estrés y los químicos que transmiten información entre los nervios (neurotransmisores).

No se sabe por qué los hechos traumáticos causan trastorno de estrés postraumático en algunas personas, pero no en otras. Tener antecedentes de un trauma puede incrementar el riesgo de padecer este trastorno después de un acontecimiento traumático reciente.

#### **Síntomas**

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático se clasifican en tres categorías principales:

- 1. "Reviviscencia" repetitiva del hecho, lo cual perturba las actividades diarias
  - Episodios de reviviscencias, en donde el incidente parece estar sucediendo de nuevo una y otra vez.

- Recuerdos reiterativos y angustiantes del hecho.
- Pesadillas repetitivas del hecho.
- Reacciones físicas fuertes y molestas a situaciones que le recuerdan el hecho.

#### 2. Evasión

- "Insensibilidad" emocional o sentirse como si no le importara nada.
- Sentirse despreocupado.
- No poder recordar aspectos importantes del trauma.
- Falta de interés en las actividades normales.
- Mostrar menos expresión de estados de ánimo.
- Evitar personas, lugares o pensamientos que le hagan recordar el hecho.
- Sensación de tener un futuro incierto.

#### 3. Excitación

- Dificultad para concentrarse.
- Sobresaltarse fácilmente.
- Tener una respuesta exagerada a las cosas que causan sobresalto.
- Sentirse más alerta (hipervigilancia).
- Sentirse irritable o tener ataques de ira.
- Tener dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido.

También se manejan sentimientos de culpa acerca del hecho (incluyendo "culpa del sobreviviente"). También se podría tener algunos de los siguientes síntomas que son característicos de ansiedad, estrés y tensión:

- Agitación o excitabilidad
- Mareo
- Desmayo
- Sensación de latidos del corazón en el pecho
- Dolor de cabeza

#### 2.4. Inteligencia emocional

Basado en los componentes vinculantes de carácter, sentimientos e impulsos. Es un tema sumamente interesante y de aplicación novedosa cuyo método es tratar con los problemas humanos con efectividad dominando el estado emocional (ecuánime), estando en contacto con los sentimientos interiores de modo de entender los propios impulsos y preferencias, con el objetivo de obtener la capacidad de apreciar los puntos de vista de otros; percibir y anticipar cómo pueden los demás responder ante sus sugerencias; y la realización de un compromiso con otras personas de forma agradable, madura y considerada.

Se toman en cuenta los elementos de autorregulación, autoconciencia, motivación, empatía y manejo de habilidades sociales.

En ese orden de ideas, la capacidad de reprimir los impulsos al servicio de un objetivo tal vez constituya la esencia de la autorregulación emocional. Este descubrimiento subraya el papel de la inteligencia emocional como una metahabilidad que determina la forma —adecuada o inadecuada— en que las personas son capaces de utilizar el resto de sus capacidades mentales.

Respecto a la autoconciencia se pretende un mejor reconocimiento y designación de las emociones; mayor comprensión de las causas de los sentimientos y el reconocimiento de las diferencias existentes entre los sentimientos y las acciones.

La motivación se toma en cuenta como un elemento vital, la capacidad de motivarse uno mismo es en sí el control de la vida emocional y su subordinación a un objetivo resulta esencial para espolear y mantener la atención, la motivación y la creatividad. El autocontrol emocional —la capacidad de demorar la gratificación y sofocar la impulsividad— constituye un imponderable que subyace a todo logro. Y si se es capaz de sumergirse en el estado de «flujo» se estará más capacitado para lograr resultados sobresalientes en cualquier área de la vida. Las personas que tienen esta habilidad suelen ser más productivas y eficaces en todas las empresas que acometen. Por su parte, el reconocimiento de las emociones ajenas. La empatía, otra capacidad que se asienta en la conciencia emocional de uno mismo, constituye la «habilidad popular» fundamental, que posee raíces, tiene un coste social cuando existe falta de armonía emocional. Las personas empáticas suelen sintonizar con las señales sociales sutiles que indican qué necesitan o qué

quieren los demás y esta capacidad las hace más aptas para el desempeño de vocaciones tales como las profesiones sanitarias, la docencia, las ventas y la dirección de empresas.

Por último más no menos importante en este tema está el control de las relaciones. El arte de las relaciones se basa, en buena medida, en la habilidad para relacionarse adecuadamente con las emociones ajenas y que se basa en la competencia o la incompetencia social y las habilidades concretas involucradas en esta facultad. Estas son las habilidades que subyacen a la popularidad, el liderazgo y la eficacia interpersonal. Las personas que sobresalen en este tipo de habilidades suelen ser auténticas «estrellas» que tienen éxito en todas las actividades vinculadas a la relación interpersonal.

No todas las personas manifiestan el mismo grado de pericia en cada uno de estos dominios. Hay quienes son sumamente diestros en gobernar su propia ansiedad, por ejemplo, pero en cambio, son relativamente ineptos cuando se trata de apaciguar los trastornos emocionales ajenos.

#### 2.5. Abuso sexual

Lamentablemente el abuso sexual es un hecho demasiado habitual en las sociedades modernas. Los hogares deshechos se vuelven a formar con otras figuras que no tienen lazos de parentesco, que si también han sido víctimas de violaciones durante su infancia, pueden llegar ellos mismos a convertirse en violadores debido a estas experiencias de sometimiento en su niñez, que los inclina a adoptar conductas perversas para disfrutar del sexo.

El abuso sexual en la familia no se limita a personajes sin lazos de parentesco sino que también es habitual que lo lleven a cabo familiares directos, como padres biológicos, hermanos o tíos, generalmente en circunstancias en que quedan solos con los niños.

En la práctica clínica se observaron varios casos de experiencias en este sentido.

Pero estos casos no son privativos de las clases humildes sino que suelen ocurrir, también con frecuencia en las clases altas.

El índice de abuso sexual infantil es menor en la clase media; y es probable que la razón sea que en una sociedad competitiva es la clase que más se reprime, condicionada por la ilusión de progreso y ascensión social.

La prohibición del incesto, por razones de importancia, ha sido una norma que todas las culturas han tratado de mantener durante muchos siglos, sin distinción de credos o religiones.

Una relación incestuosa provoca desequilibrios en la unidad familiar y tiende a ser el origen de verdaderas tragedias.

La familia, como célula social no se podría mantener con el incesto y se disgregaría provocando desde la base la decadencia moral de la sociedad.

Es una situación que desata las más bajas pasiones como la traición, los celos, el odio, la venganza y la violencia en el seno de una familia, que si se generaliza contamina a todo el cuerpo social.

Por lo que en este aspecto se puede trabajar desde varias perspectivas tales como cognitivas, conductuales, resiliencia y sus elementos concomitantes tales como manejo de la ira, la culpa, ansiedad principalmente.

#### 2.6. Duelo

Este es un tema frecuente que debió afrontarse, y tomando en consideración que duelo no es únicamente referente a una muerte física, sino de todo aquello que representa una muerte para un individuo (emociones, sentimientos, vínculos), se tomaron en cuenta en aplicabilidad enfocada, las fases o etapas con su respectiva solución:

#### 1. Aflicción aguda

Se inicia en el momento del fallecimiento y tiene prácticamente 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 más según las circunstancias y entre menos del tiempo señalado). Sus características más sobresalientes son:

#### Incredulidad

Se trata de 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 entendimiento", "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, movimientos corporales).

#### Confusión e inquietud

El impacto de la pérdida deja al deudo aturdido y confundido, con sensación de entumecimiento y desorientación: con frecuencia no sabe qué 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 por qué 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

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). Al tratarse de un estímulo considerado negativo (doloroso, angustiante), una estrategia que ha mostrado ser útil a los deudos es la de oponerle a este 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

A medida que los síntomas y reacciones iniciales pierden su intensidad (en particular la angustia), y la persona acepta intelectualmente la nueva situación, 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.

#### 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, como por ejemplo: "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.

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, suele esperar en los lugares conocidos, estar pendiente a la hora que solía llegar a casa o al trabajo el fallecido, o pasar por un lugar determinado, entre otros.

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, por ejemplo: el 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 éste.

#### 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 está cansado de tanto dolor", "que no lo han hecho bien", "que no pueden con ello".

#### 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, y otros. 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 diminuido), 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 duedo 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 motivo para tener dolor ni angustiarse o que la persona se va a un lugar mejor, debe apreciarse que estas descripciones no son 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 las fechas significativas para quien padece el duelo, tales como: fecha de muerte, fecha de cumpleaños, fiestas locales, Semana Santa, Navidad, Año Nuevo, entre otros.

## 2.7. Depresión

La depresión se puede describir como el hecho que la persona se sienta triste, melancólica, infeliz, abatida o derrumbada<sup>6</sup>. La mayoría puede sentirse de esta manera una que otra vez durante períodos cortos, lo cual descarta una depresión clínica.

La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado.

#### Los síntomas de depresión abarcan:

• Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces.

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Medline Plus. Depresión.Recuperado.http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003213.htm

- Pérdida de placer en actividades habituales.
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.
- Cambio grande en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
- Cansancio y falta de energía.
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa.
- Dificultad para concentrarse.
- Movimientos lentos o rápidos.
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales.
- Sentimientos de desesperanza y abandono.
- Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio.

La baja autoestima es común con la depresión, al igual que los arrebatos repentinos de ira y falta de placer de la persona en actividades que normalmente lo hacen feliz, entre ellas, la actividad sexual.

Es posible que los niños deprimidos no tengan los síntomas clásicos de la depresión en los adultos, por lo que hay que vigilar especialmente los cambios en el rendimiento escolar, el sueño y el comportamiento ya que en ellos regularmente se presenta la depresión en cambios conductuales.

Los tipos principales de depresión abarcan:

Depresión mayor: deben presentarse 5 o más síntomas de la lista de arriba, durante al menos dos semanas para diagnosticar este tipo de depresión. La depresión mayor tiende a continuar durante al menos 6 meses si no recibe tratamiento. (Se dice que usted tiene depresión menor si presentan menos de 5 de estos síntomas durante al menos 2 semanas. La depresión menor es similar a la depresión mayor o grave, excepto que la primera sólo tiene de 2 a 4 síntomas).

Depresión atípica: ocurre en aproximadamente un tercio de los pacientes con depresión. Los síntomas abarcan comer y dormir en exceso. La persona siente como si estuviera sobrecargado y se acongoja mucho por el rechazo.

Distimia: una forma de depresión más leve que dura años si no recibe tratamiento.

Otras formas comunes de depresión abarcan:

Depresión posparto: muchas mujeres se sienten algo deprimidas después de tener un bebé, pero la verdadera depresión posparto es más intensa e incluye los síntomas de la depresión mayor.

Trastorno disfórico premenstrual (TDP): síntomas depresivos que ocurren una semana antes de la menstruación y desaparecen después de menstruar.

Trastorno afectivo estacional (TAE): ocurre con mayor frecuencia durante las estaciones de otoño e invierno y desaparece durante la primavera y el verano, muy probablemente debido a la falta de luz solar.

La depresión también puede alternar con manías (conocida como depresión maníaca o trastorno bipolar).

La depresión puede ser más común en las mujeres que en los hombres, aunque es posible que esto se deba a que las mujeres tienden más a buscar ayuda para este problema. La depresión también es más frecuente durante los años de adolescencia.

#### Causas comunes

La depresión a menudo se transmite de padres a hijos; esto puede deberse a los genes (hereditaria), comportamientos aprendidos en el hogar o ambos. Incluso si los genes hacen que se sea más propenso a presentar depresión, un hecho estresante o infeliz en la vida generalmente desencadena esta afección, sin embargo, cabe resaltar como algunos de los muchos factores que pueden causar depresión, los siguientes:

## Alcoholismo o drogadicción

Afecciones y tratamientos médicos, como ciertos tipos de cáncer, dolor prolongado, problemas para dormir, medicamentos esteroides, baja actividad de la tiroides (hipotiroidismo)

Situaciones o hechos estresantes en la vida, como maltrato o rechazo, ruptura de relaciones sentimentales, muerte de un amigo o familiar, divorcio, incluso el divorcio de los padres, desaprobar una asignatura, enfermedad en la familia, pérdida del trabajo, aislamiento social (causa común de depresión en los ancianos).

### 2.8. Relaciones Familiares

#### 1. El ciclo vital de la familia.

Se conoce como "ciclo vital" al desarrollo de la familia tomada en su conjunto, a los diferentes "momentos" por los cuales van atravesando todos los miembros de la familia, quienes van a ir compartiendo una historia común.

El desarrollo y evolución de la unidad familiar a lo largo del ciclo vital familiar están íntimamente ligados a las fases de evolución y desarrollo de sus miembros. A medida que crecen los miembros de la familia, crece también ésta en su conjunto.

Hay familias que no se acomodan a las diferentes exigencias del desarrollo de sus miembros, y ello puede causar dificultades. Precisamente, uno de los aspectos importantes en el tema de la educación es cómo se resuelven las adaptaciones a nuevos "momentos" del ciclo vital.

En cada etapa de la evolución de la familia está involucrada, de un modo u otro, la familia extensa.

Dentro de este ciclo vital, se identifican problemas connotados positivamente e indica una dirección a la que ir, es decir los problemas de familia que hay que solucionar.

Aporta una descripción de lo que es normal en distintos momentos de su desarrollo, las transiciones emocionales, las tareas a resolver y que dificultados suelen encontrarse en una familia. Tranquiliza y orienta a la familia para encuadrarlo en un marco común, que se entiende como una pareja heterosexual en convivencia estable y con hijos.

Las transiciones evolutivas son un tipo de cambio que induce a tensión. Todas las familias tienen que afrontar situaciones de cambio que introducen tensión en el sistema y requieren una adaptación.

Para afrontar las transiciones evolutivas, existe un modelo denominado Modelo ABC – X, que incluye apreciar el hecho estresante o tensiones horizontales, que parecen a lo largo del tiempo, y hay algunos que son normales y otros impredecibles. Es la acumulación de varios hechos estresantes lo que determina el nivel de tensión familiar (acumulación del estrés).

Las tensiones evolutivas o predecibles: son transiciones vitales, de la vida cotidiana. Por ejemplo

tener hijos, pasar su adolescencia, el ingreso en el colegio, la jubilación...

Las tensiones impredecibles: divorcio, paro, enfermedades, un ascenso laboral, accidentes...

Las tensiones verticales: recursos y patrones.

Se refiere a la capacidad para prevenir la ruptura provocada por un cambio. Es fruto del lugar y la

época en que viven, el contexto social, político, cultural, económico. Influyen los amigos, la

familia extensa, entre otros.

Se puede diferenciar entre los recursos del sistema familiar; la cohesión y la adaptabilidad en

niveles moderados ayudaran a afrontar mejor la tensión. Esto se refiere a la necesidad de

preservar lo conocido y a la vez producir nuevas formas de afrontar los hechos.

Las familias capaces de redefinir un hecho estresante de forma más positiva son más capaces de

afrontarlo y adaptarse a él.

Está muy relacionado con la historia relacional de las familias de las que proceden.

También se diferencia con los recursos comunitarios: capacidades de personas externas a la

familia en las que esta se puede apoyar.

El estrés se vuelve problemático cuando alcanza un nivel en que la familia se ve alterada o un

miembro familiar presenta síntomas físicos o emocionales.

La crisis es una alteración del equilibrio familiar tan intensa y un cambio tan brusco que el

sistema familiar se bloquea y queda incapacitado.

Etapas del ciclo vital familiar normativo.

La familia atraviesa ciertas etapas vitales en las que se producen cambios individuales y

familiares. En cada una de las fases la familia vive una crisis evolutiva y hay unas tareas

evolutivas. En el cambio se producen momentos de incertidumbre y angustia pero son periodos

de tensión transicional normal.

Hay seis etapas:

Etapa 1: Independización del joven adulto.

32

La tarea es lograr una autonomía funcional y emocional. Separarse de la familia sin ruptura o buscando un nuevo refugio emocional. Es tiempo de formular los propios objetivos vitales, encontrar ocupación laboral, ser una persona autónoma.

Se establece una relación respetuosa y de aprecio a los padres, sin necesitar transformarlos o culpabilizarlos, y sin necesidad de plegarse a sus deseos.

Establecimiento de relaciones menos jerárquicas: adulto a adulto.

Etapa 2: Formación de pareja.

Constituye la unión de dos personas de sistemas familiares diferentes para formar un nuevo sistema común diferente a los de origen.

Surge la necesidad de negociar juntos muchos temas que hasta entonces definían individualmente o estaban definidos por sus familias: normas que rigen la convivencia, como utilizar el espacio, el tiempo y el dinero, que tradiciones familiares conservar, desarrollar pautas de resolución de problemas, renegociar las relaciones con padres, hermanos, amigos y compañeros de trabajo, distribución de los roles sexuales.

Con respecto a las familias de origen a veces la triangulación (ej. La suegra) con la familia política puede convertirse en origen de tensiones familiares.

Etapa 3: Familia con hijos pequeños.

Al nacer los niños se da una separación de subsistemas: el parental y el conyugal. También hay otro que es el filiar y lo forman los hijos. Es importante que no desaparezca ningún sistema.

Una de las tareas básicas es mantener un espacio de intimidad para la pareja a la vez que se diferencian las funciones para hacer frente al cuidado de los hijos (reparto de tareas domesticas y atención a la crianza de los hijos).

En esta fase suelen aparecer problemas asociados a los roles de género, y una dificultad para establecer un vinculo adecuado con los hijos (excesiva implicación o excesiva distancia).

Otras tareas de esta fase son: manejo de la rivalidad entre hermanos, relación con el sistema escolar, solucionar las quejas más frecuentes que son la disfunción sexual y la depresión.

Etapa 4: Familia con hijos adolescentes.

La familia pasa a ser una plataforma de preparación para entrar en el mundo de responsabilidades y compromisos de los adultos. Supone una nueva definición de los hijos y de la función de la familia.

Se da una reorganización de las normas y los limites que permitan más autonomía, por ejemplo la hora de llegar, la cantidad de dinero que se da, la tarea básica es establecer límites flexibles que permitan al adolescente salir del sistema familiar y a la vez establezca limitaciones a sus deseos y le permita buscar apoyo cuando no puede manejar las cosas solo.

Los cambios en el adolescente se dan en una edad entre los 11 a los 19 años, en donde surgen aspectos tales como la demanda de autonomía: cierran el baño, la habitación, piden la llave de casa, salir solos, tienen una especie de idea de omnipotencia.

Transformación física: sexualidad.

Formación de la identidad: pasa por tres fases: exploración (apertura y búsqueda, ¿Quién soy? ¿Qué quiero? Convicciones ideológicas.), oposición (surge porque a veces no saben quién eres y es más fácil saber quién no quieres ser, y se oponen contra los padres. Es la fase más dura para padre e hijos) y compromiso (elije una forma de ser).

A la vez los padres se enfrentan a la crisis de la mitad de la vida, donde se hace una evaluación de su satisfacción en áreas personales, de trabajo y de relación matrimonial. La fase será más positiva y será más fácil de encarar los desafíos cuando hay satisfacción en las áreas.

Etapa 5: Independización de los hijos.

Se vuelve a la etapa de pareja pues ya no tienen responsabilidades parentales.

Hoy en día esta etapa es más larga debido a que se tienen menos hijos y la esperanza de vida es mayor. Si la relación no era buena habrá más tensión. Se tiene que dar un reajuste.

Esta fase puede estar llena de oportunidades para explorar nuevas actividades, posibilidades personales y de pareja. Pero también hay sentimiento parentales de vacío y depresión.

Etapa 6: Familia en la tercera edad.

Es la fase posterior a la jubilación y se sufren numerosas pérdidas por lo que la tarea principal es el mantenimiento del funcionamiento personal y de pareja y la valoración de los objetivos logrados en el ciclo personal y familiar además del apoyo para un rol más central de la generación intermedia.

## 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

	PSICOLOGÍA CLÍNICAY		
Carrera:	CONSEJERÍA SOCIAL	Ciclo:	2011
	PRÁCTICA PROFESIONAL		
Nombre del Curso:	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	MES AÑ	ΟĬ			
RECEPCIÓN	01 2,0	)11			
			Sello Registro y	Firma Catedrático	Vo.Bo. Decano
			Control Académico		

## 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

- Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico
- 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

Fecha	Actividad programada
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 Grupo1
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

Fecha	Actividad programada					
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

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

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

## VIII. Actividad de Aprendizaje Autónomo

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

## **Investigaciones por Internet**

Preparación y actualización constante para el manejo de los casos asignados

## IX. Bibliografía

- ✓ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson. México
- ✓ Psicología Anormal. BarlowD. Y Durand. M.. Thomson Lerning. "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 practica

OBJETIVOS	ACTIVIDAD MENSUAL	RECURSOS	MES/DÌA/HORA
Favorecer la resolución de problemas psicológicos a nivel del centro de salud  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	Solicitud de prácticas en la institución de salud "Centro de salud Centroamérica" Colonia Centroamérica Entrevista con directora del centro de Salud zona 7	Documento Impreso y firmado por autoridades de UPANA  Humano: Entrevista por alumna 5° año de la Carrera Psicología	Enero 2011 Sábado 29 En horario de clases 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	Humano: Entrevista por alumna 5º año de la Carrera Psicología  Documentales: Instrumentos psicológicos (tests, anamnesis/entrevista, historia clínica, información psicológica cognitiva) Tecnológicos de propiedad personal Computadora portátil Cañonera Kindle	Febrero 2011 Todos los Martes 08:00 a 12:00

OBJETIVOS	ACTIVIDAD	RECURSOS	MES/DÌA/HORA
Continuar con el desarrollo de la práctica supervisada	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	Humano Alumna practicante capacitada para realizar entrevistas a pacientes  Documentales: 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	Humano Alumna practicante capacitada para aplicar pruebas proyectivas  Documentales Protocolos de calificación de tests  Útiles Hojas tamaño carta Lápices Borrador Sacapuntas	Marzo y abril 2011  Todos los martes 08:00 a 12:00
Aplicar pruebas coadyuvantes al diagnóstico de pacientes entrevistados y que continúan asistiendo a tratamiento	Aplicar prueba proyectiva mayor —Test de Apercepción Temática (TAT)- a paciente	Humano Alumna practicante capacitada para aplicar prueba proyectiva mayor  Documentales Láminas estándar del Test de Apercepción	Abril 2011 Todos los martes 08:00 a 12:00

OBJETIVOS	ACTIVIDAD MENSUAL	RECURSOS	MES/DÌA/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	Humano Alumna practicante capacitada para diagnosticar con apoyo de catedrática de práctica Documentales Protocolos de calificación de tests DSMIV-TR	Abril y mayo 2011 Todos los martes 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	Humano Alumna practicante capacitada para aplicar técnicas y tratamientos diversos Documentales Material de apoyo diverso dependiendo el caso específico Tecnológicos de propiedad personal Computadora portátil Cañonera Kindle	Febrero a octubre 2011  Todos los martes 08:00-12:00
Finalizar casos con pacientes que permitieron su seguimiento	Sesiones terapéuticas con el fin de darle fin a los casos tratados	Humano Alumna practicante  Documentales Material de apoyo diverso dependiendo el caso específico	Agosto y septiembre 2011  Todos los martes 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	Humano Alumna practicante  Documentales -Material de apoyo diverso -Expediente de un caso terminado  Tecnológico Computadora portátil	Octubre y noviembre 2011

OBJETIVOS	ACTIVIDAD	RECURSOS	MES/DÌA/HORA
	MENSUAL		
Entrega de	Identificación de	<u>Humano</u>	Noviembre 2011
informe final	detalles en informe	Alumna practicante	
	final e impresión	<u>Tecnológico</u>	
	_	Computadora portátil	
		Impresora de tinta	

# 3.4. Planificación de Charla-Taller

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

## Capítulo 4

#### Presentación de resultados

## 4.1. Programa de atención a casos:

## 4.1.2. Logros

La práctica llevada a cabo en el Centro de Salud de la Colonia Centroamérica, Zona 7 de esta ciudad capital, se observó positiva toda vez que la población que asistió entre los meses de enero a octubre de 2011, en busca de apoyo psicológico, lo recibió de manera consciente, consistente, personalizadamente y con seguimiento. Los casos que no se concluyeron fueron exclusivamente por retiro voluntario de los pacientes, debido a diversas causas, como familiares, emocionales y circunstanciales.

### 4.1.2. Limitaciones

- a. La mayor limitante que se enfrentó en el centro de práctica, giró en torno a la no adecuación dentro del Centro de Salud de la Colonia Centroamérica, Zona 7 de esta ciudad capital, de un lugar específico y especial 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. La 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. Irregularidad en los 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 redundó en un obstáculo al momento de pretender 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

El desempeño de la practicante en la tarea asignada en relación a atención de casos personalizados, fue desarrollado en la medida en que fue posible, 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 de práctica, 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 no se limite a una mera calendarización, sino que se presente al alumno en forma global desde el inicio del curso, la orientación necesaria que le permita recopilar y afianzarse de los recursos documentales e informativos que debe satisfacer mediante el informe final de práctica, para no verse en la necesidad de ser alcanzado por el tiempo y haber dejado de obtener la información pertinente en el tiempo y lugar preciso.
- > Que la Universidad Panamericana, implemente y establezca un centro de práctica propio en donde el estudiante pueda tener 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 la búsqueda de fortalecer y/o perfeccionar la contribución social que se brinda actualmente.

## 4.2. Muestra de un caso atendido que contiene:

- a. Informe psicológico
- b. Plan terapéutico
- c. Documentos necesarios para llevar a cabo el proceso (entrevista, material consultado, pruebas y protocolos)

## a. Informe psicológico

I. Datos Generales		
Nombre: Fernando René Siam Mérida	Sexo	masculino
Fecha de nacimiento: 08 de mayo de 1991	Edad	20
Estado Civil: soltero		
Escolaridad: 4º perito sin concluir estudios Institución privada		
Profesión:		
Ocupación y lugar de trabajo:		
Religión: católico no profesante		
Dirección: 14 calle 33-48, zona 7, Tikal II		
Teléfono: Casa: Trabajo:	Celular 4	42695988
Ocupación: de los padres (en el caso de los menores):		
Nombre del padre:		
Profesión:		
Lugar de Trabajo:		
Eugar de Trabajo.		
Nombre de la madre:		

**Referido por:** se presentó personalmente al Centro de Salud, Colonia Centroamérica con la finalidad de ser atendido debido a su estado nervioso/ansioso que le causaba molestia personal.

Fecha de inicio del proceso terapéutico: 01 de marzo de 2011

## II. Motivo de Consulta

El paciente asistió al Centro de Salud y refiere que llegó "a resolver su problema ya que lleva unos años en el estado ansioso, nervioso, intranquilo y decaído en que se encuentra actualmente."

## Historia del problema actual

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

- A) Refiere que se siente "muy muy ansioso", que no puede controlar su nerviosismo, que se siente como tonto y que él no es el mismo que era cuando era niño. Que esta sensación la tiene desde hace 4 años y le ha persistido hasta la fecha. El paciente refiere que cuando entró al diversificado, todo le cambió porque sus compañeros de estudio se empezaron como a burlar de él. Antes de esto él se considera que era un líder y tenía voz y voto, pero a partir de estos eventos, hasta se vio impulsado a dejar sus estudios.
- B) Factores precipitantes: su predisposición al rechazo a causa del abandono de la madre en la misma temporada. Los estresores psicosociales que pudieron provocar el problema fueron la falta de apoyo de su grupo familiar y problemas con sus compañeros de estudio.
- C) Impacto del trastorno: los cambios que ha sufrido en sus relaciones interpersonales es que no tiene más que un amigo actualmente cuando si solía tener varios, en su familia se ha aislado para que sus hermanos según refiere el paciente no tomen su mal ejemplo; en la vida social no tiene mayor relación con el exterior ya que pasa la mayor parte del tiempo en su casa pues no consigue empleo causándole con esto también una afectación laboral. De vez en cuando tiene insomnio, los alimentos los consume con normalidad, su peso es estable, no consume bebidas alcohólicas, no fuma y no consume drogas u otras sustancias ilícitas. En cuanto a su capacidad de tomar de decisiones y asumir responsabilidades, precisamente allí es donde radica su carencia emocional, ya que está manejando una baja autoestima que no le permite creerse a sí mismo.

### Historia Clínica

- A) Personales no patológicos
- 1. Historia prenatal:

Refiere que el embarazo de la madre fue normal, y no puede referir más ya que no platicó de esto nunca con su mamá.

#### 2. Nacimiento:

Refiere que fue parto normal y no indica más datos.

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

Gateó a los (8 meses) y caminó en tiempo respecto a otros niños (1 año).

#### 4. Evolución de lenguaje

Sin datos relevantes

#### 5. Desenvolvimiento escolar

Empezó a estudiar a los 5 años, siempre le gustó ir a estudiar porque era alegre, jugaba y tenía amigos.

#### 6. Desenvolvimiento social

Relaciones personales, con amigos; buena relación con profesores, participación en actividades sociales, como piñatas.

#### 7. Adolescencia

Desarrollo de su etapa de adolescencia se vio entrecortada por una crisis de identidad y derivado de ellos ha enfrentado dificultades de autoestima, pérdida de amistades, falta de desarrollo escolar.

#### 8. Adultez

Empezó a trabajar a los 18 años, desempeñando el empleo de disk jockey eventualmente. A la fecha no tiene empleo. Sus planes y metas hacia el futuro no las tiene definidas ya que se encuentra en un período de estancamiento emocional que no le permite actuar hacia el exterior. En cuanto a actividades sociales y recreativas asiste a muy pocas. Refleja un comportamiento con dificultad para las relaciones humanas.

## 9. Historia Psicosexual y vida marital

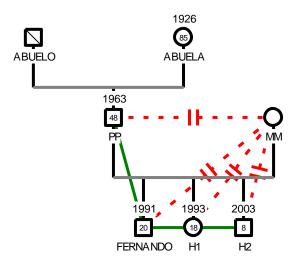
Refiere haberse iniciado en la vida sexual a los 15 años con una novia pero que actualmente no tiene novia y no practica sexo.

## B) Personales patológicos

- 1. Historia médica: su salud en general es buena, con excepción del nerviosismo, motivo por el que ha asistido al centro de salud a que le inyecten neurotropas. No hay más datos al respecto.
- 2. Antecedentes de desórdenes emocionales o mentales anteriores: describe que cuando empezó a sentirse mal emocionalmente acudió al centro de salud a que lo tratara la psicóloga pero llegó 3 veces y no continuó con el tratamiento porque sentía que no avanzaba.

#### III. Historia familiar

## 1. Genograma



2. Estructura familiar: Los miembros que integran la familia, son el padre, él, su hermana y un hermano. El grado de armonía es buena aunque no hay mucha comunicación entre los miembros especialmente para asuntos relevantes. La actitud de la familia ante el padecimiento del paciente, es de tolerancia, le brindan apoyo en el sentido que lo tratan

como si nada le estuviera pasando, según él para que no empeore él mismo. La situación económica es escasa, el padre es la única fuente de ingresos, porque la aportación económica del paciente como único mayor de edad es limitada por la falta de empleo estable, la posición socio-cultural es baja/ladina, las condiciones de la vivienda son estables.

3. Antecedentes familiares: De la madre: refiere que no vive con ellos desde hace 3 años ya que se fue a los Estados Unidos de Norteamérica porque él cree que se aburrió de su familia y huyó, pero cuando vivía en Guatemala trabajaba como cultora de belleza. Ella los cuidó cuando eran niños.

La relación del paciente con sus padres durante la infancia fue promedio, en la actualidad no se comunica para nada con la madre. La figura de autoridad es el padre quien además es el proveedor.

Del padre: refiere que ya es una persona jubilada de su trabajo, pero que siempre les ha provisto lo necesario. Vive con él y no se comunica mucho con él.

De los Hermanos: refiere que es el mayor de 3 hermanos y se llevan bien, que lo único que le preocupa respecto de sus hermanos es que lo vean así como "está ahora" y que ellos se dan cuenta del nerviosismo que mantiene aunque él trata de controlarlo.

4. Especificar cualquier 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: apariencia personal agradable, peso estable, altura normal a su edad, higiene es buena en general pero no usa desodorante, se arregla conforme su edad, vestido adecuado a su complexión, edad y personalidad, disposición corporal promedio, contacto visual positivo, postura erguida al estar de pie y sentado.

c) Actitud: tiene habilidad para conducirse durante las sesiones, con actitud positiva y colaboradora hacia el examinador y hacia sí mismo.

## 2. Conducta motora y estado afectivo:

- a) Conducta motora: no manifiesta acinesia, movimientos involuntarios; movimientos repetitivos, movimientos anormalmente lentos, movimientos excesivos o poses.
- b) Afecto: expresión facial y gestos congruentes con su discurso. El volumen de su voz es lineal no varía respecto del discurso.

## 3. Estado cognoscitivo:

- a) Atención: tiene capacidad de atención, no se distrae con facilidad
- b) Concentración y vigilancia: buena
- c) Orientación: tiempo; lugar (espacio); Persona: identidad personal, (capacidad de ofrecer su nombre propio) buenas
- d) Lenguaje:
- 1. Fluidez: posee buena fluidez verbal, con una velocidad promedio y ritmo constante
- 2. Comprensión: del lenguaje hablado y escrito comprende perfectamente cualquier término (elevado o sencillo); obedece órdenes de complejidad variable: responde "sí o no" a las preguntas; señala los objetos descritos.
- 3. Repetición: bien en frases de dificultad graduada; palabras aisladas; letras; números.
- 4. Designación: responde a describir o nombrar objetos y partes de objetos a la confrontación visual( o a la presentación táctil).

#### e) Memoria:

Remota (años); pasado reciente (meses); memoria inmediata (minutos y segundos).

## f) Razonamiento (funciones cognoscitivas)

Juicio práctico se hace evidente.

Abstracción: es buena la semejanzas e interpretación de proverbios

## g) Pensamiento:

- a. Proceso: tiene coherencia, dirección hacia un objetivo; posee lógica. Se puede considerar concreto, circunstancial (digresivo pero capaz de volver al tema), perseverativo (fijación a un solo pensamiento, una sola frase, o una sola palabra).
- b. Contenido: tiene preocupaciones que no interfieren con la atención, concentración, sueño, apetito; no posee ideas delirantes; alucinaciones; ilusiones (fantasías); no tiene ideación suicida u homicida. No posee existencia de fobias, ideas obsesivas, compulsiones y rituales. Respecto a sus planes para el futuro y ambiciones las quiere postergar para cuando anímicamente se sienta estable.
- c. Introspección: (Insight) el paciente comprende sus problemas psicológicos y toma conciencia de los factores que afectan al curso de los mismos. Capacidad de interpretar razonablemente (intelectual); capacidad limitada de interpretar emociones (emocional).

#### 5) Estado de ánimo:

La relación con el afecto (aprecio hacia los demás, empatía, sentimientos de cariño) y congruencia con el contenido del pensamiento es buena.

Humor (estado de ánimo durante la entrevista y otros contextos) son congruentes con los que atraviesa generalmente, es decir, ansiedad, temor, decepción, aburrimiento.

## V. Resultados de las pruebas

A la presente fecha se le han formulado al paciente los test proyectivos de la figura humana, familia, árbol y test de apercepción temática con los cuales se establece lo siguiente:

El paciente proyecta tener sentimientos de inadecuación, deficiencia, debilidad, inferioridad, retraimiento y repliegue en sí mismo al sentirse rechazado, probablemente con lo que ha vivido

en su etapa de adolescencia con el abandono de la madre y la burla que refiere recibió de sus compañeros de estudio, situaciones por las cuales es propenso a retraerse y sentirse inseguro.

Asimismo, estos factores han desencadenado en él el hecho que proyecte un índice de ansiedad y falta de certeza en lo que actúa y/o hace. Proyecta además la falta de confianza y aislamiento en los contactos sociales (a pesar que refleja el deseo de contacto de relaciones) y en su productividad, situaciones que se refuerzan en todos los test ya que él está consciente de su productividad pero se siente incapaz de realizarse pese a sus esfuerzos percibiendo inalcanzable su meta. Sin embargo refleja que puede corresponder con sus metas en relación con el futuro.

Fernando proyecta una regresión, lo cual se concatena perfectamente con sus manifestaciones que "el no es el mismo de antes" y que "quisiera ser como era antes". Aunado a esto puede cotejarse sus proyecciones de infantilismo (inmadurez), lo cual le hace escapar en la fantasía del mundo porque a su vez refleja que no lo quiere enfrentar.

El paciente proyecta ser guiado de las reglas, y al tradicionalismo es por ello que en el TAT expresa en varias historias que recapacita en relación de que debe ser lo correcto y enmienda los caminos de los personajes. Sin embargo también manifiesta manejo de conducta agresiva y dificultad en el control de impulsos, con una sensibilidad explosiva con tendencia a la brutalidad y de humor variable. Refleja preocupación por ser claro, señal de resistencia lo cual probablemente a la vez lo empuja a reflejar estar debajo de un peso, en depresión, sumisión, resignación, recogimiento, meditación, inhibición especialmente de afectos y falta de desarrollo. Fernando proyecta atravesar por las emociones de ansiedad, tensión, tristeza, sufrimiento, culpa, decepción, frustración. Asimismo refleja necesidades en relación a su baja estima, de agresividad, de apoyo y orientación, de aceptación social, adquisición, cambio. Utiliza mecanismos de defensa tales como devaluación, represión, proyección.

## VI. Otros estudios diagnósticos

- 1. Examen físico: n/a
- 2. Entrevistas adicionales necesarias para DX (médicos, maestros): n/a
- 3. Entrevistas con familiares, amigos: n/a

#### 4. Resultados: n/a

## VII. Impresión diagnóstica

El paciente es una persona que ha venido en detrimento de su autoestima quedando un tanto atrapado en su pasado, el cual él mismo refiere como su ideal, ello le significa un hundimiento emocional que afecta su vida personal, familiar nuclear y social y como consecuencia de este estado desarrolla estrés y nerviosismo que ha llegado el punto de reconocer que no puede controlar. En función de las pruebas aplicadas, los conflictos emocionales por los que atraviesa son varios que van desde la inadecuación, hasta su necesidad de autoafirmarse mediante la agresividad.

Los eventos y condiciones internas que han impulsado a Fernando a encuadrarse en esta situación es en principio el abandono del hogar por parte de la madre en la adolescencia del paciente, la falta de comunicación asertiva con el padre tampoco ha contribuido a la expansión de criterios o pensamientos del propio paciente. Derivado de esto, al parecer años atrás el paciente atravesó por algún rasgo de paranoia que lo impulsaron a pensar negativamente acerca de él mismo y a recibir negativamente las burlas y/o comentarios que le hicieron sus compañeros de estudio, misma situación que lo obligó a detener su progreso académico personal y que le ha traído graves consecuencias de desarrollo no solo de conocimiento sino ahora en la edad adulta, laborales, ya que sin una profesión u oficio certificado al paciente le es imposible ser contratado y esto le acarrea tensión y desasosiego, contribuyendo con ello a la ruptura de su equilibrio mental y por ende a la negativa persistente de él mismo por afrontar la problemática que se le presenta.

## VIII. Evaluación multiaxial

**Eje I:** F.41.1 rasgos del Tx de ansiedad generalizada (300.2)

**Eje II:** Z03.2 Sin Diagnóstico

**Eje III:** Ninguno

**Eje IV:** Problemas relativos al grupo primario de apoyo: madre ausente

Problemas relativos al ambiente social: se le dificulta relacionarse con otras personas

porque piensa que van a pensar que es tonto

Problemas laborales: no tiene trabajo

Problemas económicos: no tiene capacidad económica por falta de trabajo, tiene solo que

recibe de su padre.

Problemas psicosociales y ambientales: fuera de su familia, no se relaciona con personas

que puedan transmitirle ejemplo de valores y/o principios y vive en un área considerada

roja.

**Eje V:** EEAG 60-51 actual.

4. Recomendaciones

Que el paciente a pesar de haber finalizado con éxito su proceso de psicoterapia cognitiva-

conductual y haber trabajado con su terapeuta las áreas de control de emociones, a través de la

inmersión en aspectos de inteligencia emocional, continúe implementando lo que ha aprendido y

se propicie la realización de técnicas de relajación.

Nombre del estudiante

Firma del estudiante

Agosto de 2011

Fecha del Informe

63

# b. Plan terapéutico

## I. Teorías que explican el diagnóstico

#### A) Teoría de la crisis

Desde este punto de vista, que no necesariamente implica la adhesión a un modelo causal determinado, se parte de la idea de que el proceso madurativo del ser humano viene marcado por una serie de situaciones de crisis, generalmente originadas en lo que se denominan "sucesos vitales" (circunstancias que ocurren en la vida de una persona, desequilibrando su existencia).

Unas serán naturales como la adolescencia o la menopausia, mientras que otras serán accidentales, como una enfermedad o fallecimiento de un ser querido. En estas crisis, el individuo pondrá a prueba sus recursos personales y una vez superada, en la mayoría de los casos, saldrá más fortalecido de ella, favoreciéndose así el proceso madurativo. También es posible que si la resolución de la crisis no es adecuada, la persona quede marcada de alguna forma para el futuro, debilitándose sus capacidades adaptativas ante nuevas situaciones de tensión.

Por este motivo, además de ayudar a superar los síntomas más agudos de malestar psicológico, se intenta que la persona busque posibles situaciones externas, que a veces incluso pueden pasar desapercibidas, para animarle a enfrentarlas y dar una solución operativa a largo plazo, ya que se supone que los síntomas no son más que reflejo de un período de inestabilidad emocional, originados por una multiplicidad de causas. Si estas causas no son tenidas en cuenta, es muy posible que la resolución sintomatológica no se acompañe de un proceso adaptativo adecuado.

#### B) Teoría cognitiva

La ansiedad es el resultado de "cogniciones" (pensamientos o representaciones mentales) patológicos. La persona evaluaría las situaciones que le rodean o sus propios estímulos internos sacando conclusiones "defectuosas", que determinarán un tipo de respuestas o conductas desproporcionadas o inadecuadas.

#### C) Teoría Conductista

El conductismo supone que la ansiedad es el resultado de un proceso de aprendizaje condicionado. Según este punto de vista, la persona ha aprendido a reaccionar con miedo ante estímulos ambientales o internos que normalmente no desencadenarían esta respuesta. Algunas conductas, como por ejemplo la evitación de la situación temida, llegan a "mejorar" en algo el problema por lo que producen un cierto placer secundario. Este "placer" (disminución de la tensión) actuaría entonces como refuerzo de esa conducta, por lo que ésta tiende a perpetuarse automáticamente. Más allá de lo acertado o no de su base teórica, los tratamientos conductuales han demostrado su eficacia a corto plazo sobre todo en el tratamiento de la agorafobia.

## II. Perspectiva terapéutica

Perspectiva Cognitiva, ya que las investigaciones han demostrado que la Psicoterapia Cognitivoconductual es efectiva para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Coadyuvante con la inclinación de corte meramente psicológico, a través de la psicoterapia, también son útiles las técnicas de reducción de estrés tales como las técnicas de relajación y respiración profunda (diafragmática o abdominal), meditación, ejercicio físico, yoga, caminar, Tai Chi y Bio-Retroalimentación (Biofeedback) para controlar la tensión psíquica y muscular.

Asimismo, suelen ser de utilidad cambios en la alimentación, como por ejemplo, la eliminación gradual del café, bebidas estimulantes, alcohol, refrescos que contengan cafeína (bebidas cola) y el cambio o modificación de hábitos de vida que permitan rebajar el estrés, como por ejemplo, escuchar música que no tenga efectos alteradores, programar actividades del día para lograr un mejor manejo del tiempo, permitir a otras personas contribuir en tareas que se pueden compartir, ser comunicativo y tratar de ser asertivo.

# III. Tiempo estimado

El tiempo estimado de la terapia es de 6 meses, para llevar a cabo aproximadamente 24 sesiones, distribuidas en intervalos de una sesión por semana a razón de 50 minutos.

# IV. Presentación del plan terapéutico

Problema Clínico	Objetivo	Tipo de intervención y técnica	Observaciones y duración
Estado de ánimo ansioso	Modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales.	Se utilizaran técnicas cognitivas como conductuales. Tales como las técnicas del modelo ABC que se dividen en cognitivas, emotivas y conductuales. Enfocado básicamente en la capacitación en el ejercicio de la Inteligencia emocional.	Dichas técnicas se presentaran en 10 sesiones, se ensayaran en consulta y se asignan como tarea para casa.
Baja autoestima o valía personal	Fortalecer los sentimientos de valía personal tales como: confianza, respeto, merecimiento.	Realizar las estrategias para desarrollar la estima publicadas en el libro: Recupera tu autoestima (aplicadas al género masculino).	Considerando la intervención en tres partes: la autoestima, la autoestima depende de la autopercepción (coadyuvante con la parte de autoconocimiento de la IE) y la estima de sí mismo. La duración será de 5 sesiones.
Tensión	Aprendizaje para relajar la musculatura ya que existe una relación directa entre la tensión muscular y la tensión psíquica.	Técnicas que combinan la relajación muscular con el control respiratorio (respiración profunda o diafragmática)	Estas técnicas se intercalarán conforme la necesidad observada para el paciente.  Aproximadamente un intervalo de 4 sesiones de terapia por 1 de relajación.

# V. Objetivos, técnicas y recursos

Objetivo	Técnicas	Recursos
Enseñarle a distraerse de las sensaciones de irritabilidad, inhibiendo emociones de enojo o ira.	Entrenamiento en relajación: Ejercicios de respiración, distensión muscular y relajación corporal.	Hoja de instrucciones para realizar los ejercicios en casa.
Aprender la diferencias entre emociones y pensamientos	Utilizar la mímica para expresar diferentes emociones que estarán escritas en fichas.	Fichas con diferentes emociones.
	En una hoja se escriben varias emociones y varios pensamientos y la paciente deberá identificar qué es cada uno.	Hoja de pensamientos o emociones. (Ver anexos).
Cuantificar una emoción empleando un punto de referencia.	Unidades subjetivas de malestar (USM): A través de un formato Likert se le ofrecerá a ella la opción de escoger un nivel para su emoción, dentro del rango que va desde "nada" hasta "muy alto".	Formato de USM
Lograr que el paciente comprenda la relación Creencia- Consecuencia.	Modelo ABC: Utilizar un formato del modelo, realizarlo durante la sesión y llevarse uno a casa.	Formatos de Modelo ABC.
	Repetición de frases irracionales a modo de autoinstrucciones.	Lista de frases irracionales.
Aprender a identificar creencias irracionales	<b>Discriminación:</b> mediante ejemplos el terapeuta enseña al paciente, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.	

Objetivo	Técnicas	Recursos
Buscar las Creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras	<b>Detección:</b> Utilizar autor registros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.	Formato de autoregistro.
Búsqueda de Evidencia para Comprobar la Validez los pensamientos automáticos	A partir de la experiencia de ella se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.  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.
automáticos	Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente. Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.	
Ayudar al paciente a reconocer que tiende a anticipar eventos temidos sin base real.	Descatastrofización: Realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.	
Animar al paciente a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.	Métodos humorísticos: Exageración de una idea irracional en forma graciosa, o bien exageración de la evidencia en contra de una idea irracional.	
Enseñar al paciente a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.	Entrenamiento asertivo: A través de un rol-playing, el paciente y el terapeuta, adoptan un papel de interacción social y llevan a cabo la acción de roles; mientras el terapeuta debe de clarificar la cogniciones o pensamientos contraproducentes en la interacción social.	

Objetivo	Técnicas	Recursos
-	<b>Técnicas referenciales:</b> Se anima al	
	paciente ha hacer un listado de	
	aspectos positivos de una	
	característica o conducta, para evitar	
	generalizaciones polarizantes.	
	Escala de Dominio Placer: El	Formato de la Escala
	paciente lleva un registro de las	
	actividades que realiza a lo largo del	
	día y va anotando para cada una de	
	ellas, el dominio que tiene en su	
	ejecución y el placer que le	
	proporciona, utilizando escalas de	
Proporcionar	cero a cinco (0-5). Esta información	
experiencias reales y	es utilizada para recoger evidencias	
directas para	de dominio o para reprogramar	
comprobar hipótesis	actividades que proporcionan más	
cognitivas y	dominio o placer.	
desarrollar las nuevas	Programación de actividades	Formato de
habilidades.	incompatibles u opuestas:	Programación de
	Permitirla al paciente ejecutar una	Actividades.
	serie de actividades alternativas a la	
	conducta-problema, que en este caso	
	es la inactividad; por lo tanto, la idea	
	es que ella una lista de actividades	
	para realizar los días de la semana.	
	Asignación de tareas graduales:	Hoja en blanco para
	Cuando el paciente tiene dificultades	realizar la jerarquía
	para ejecutar una conducta, se elabora	de conductas.
	con el paciente una jerarquía de	
	conductas intermedias de	
	dificultad hasta la conducta meta.	

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

NOMBRE DEL PRACTICANTE	FIRMA

# c. Documentos necesarios para llevar a cabo el proceso (entrevista, material consultado, pruebas y protocolos)

# **Entrevista Directa**

Adaptación realizada por: Licda. Cynthia Brenes Licda. Liza M. González Lic. Cesar López Gómez Licda. . Helen A. Muñoz

## 1. Ficha de identificación

Nombre y apellidos: <u>Fernando René</u>	ś Siam Mérida
Fecha de nacimiento: 08 de mayo de	e 1991
Edad: 19 años	Sexo: masculino
Domicilio: 14 calle 33-48, zona 7, T	Cikal II
Teléfono: 42695988	Idioma: español
Fecha de la entrevista: 01 de marzo	<u>de 2011</u> Cuota: <u>n/a</u>
Referido por: se presentó personalm	ente al Centro de Salud, Colonia Centroamérica
<u>Niños/as:</u>	
Nombre de ambos padres, edad y gra	ado de instrucción:
MM, no quiso hablar de ella ya q	que refiere que los abandonó y vive en Estados Unidos de
Norteamérica, pero indica que cuand	do vivía en Guatemala se dedicaba a ser cultora de belleza.
PP, 48 años, es jubilado y tiene est	cudios a nivel diversificado
Nombre, edad y sexo de hermanos/a	s en orden cronológico:
H1: 18 años, femenino; H2: 8 años,	masculino
Adultos:	
Estado civil: soltero	
Años de matrimonio:	Nombre del cónyuge:
Nombre, edad y sexo de los hijos:	<u></u>

#### 2. Fuente de información

#### 3. Motivo y circunstancias de la consulta

El paciente asistió al Centro de Salud y refiere que llegó "a resolver su problema ya que lleva unos años en el estado ansioso, nervioso, intranquilo y decaído en que se encuentra actualmente."

#### 4. Padecimiento o problema actual

Refiere que se siente "muy muy ansioso", que no puede controlar su nerviosismo, que se siente como tonto y que él no es el mismo que era cuando era niño.

#### 5. Antecedentes familiares

- **5-1 De la madre:** refiere que no vive con ellos desde hace 3 años ya que se fue a los Estados Unidos de Norteamérica porque él cree que se aburrió de su familia y huyó, pero cuando vivía en Guatemala trabajaba como cultora de belleza. Ella los cuidó cuando eran niños.
- **5.2 Del padre:** refiere que ya es una persona jubilada de su trabajo, pero que siempre les ha provisto lo necesario. Vive con él y no se comunica mucho con él.
- **5.3 Hermanos:** refiere que es el mayor de 3 hermanos y se llevan bien, que lo único que le preocupa respecto de sus hermanos es que lo vean así como "está ahora" y que ellos se dan cuenta del nerviosismo que mantiene aunque él trata de controlarlo.

5.4 Otros familiares:	
5.5 Ambiente familiar en la infancia: refiere que el ambiente fue bueno, los cuida	ron bien.

#### 6. Antecedentes personales

- **6.1 Desarrollo temprano:** refiere que el embarazo de la madre fue normal, que gateó (8 meses) y camino en tiempo respecto a otros niños (1 año).
- 6.2 Conducta durante la primera infancia: refiere que fue bonita, jugaba, tenía amigos.
- **6.3 Etapa escolar:** refiere que él era "normal" que le gustaba tener amigos y jugar, también estudiar, tenía liderazgo, lo respetaban.
- **6.4 Actividades laborales:** refiere que no se graduó del diversificado como perito contador, pero ha laborado como diskjockey en discotecas locales.

<b>6.5 Adolescencia:</b> refiere que retraer.	ue el venía bien de su infancia pero que en esta etapa se empezó a
<b>6.6 Vida sexual:</b> refiere que tuvo a los 15 años.	ha tenido relaciones sexuales con sus novias, y la primera relación la
6.7 Vida marital:	<u></u>
6.8 Hijos/as:	<u></u>
6.9 Historia médica: refiere una hernia inguinal	e que de vez en cuando le inyectan neurotropas y que fue operado de
<del>-</del>	refiere que 1 año y medio atrás asistió al Centro de Salud al que hoy pero que no vió avances o mejoría y perdió el interés y ya no llegó.
-	cias legales e ilegales: refiere que a los 16 años usó (probó) drogas e de las mismas, no fuma ni toma alcohol.
	social: refiere que tiene como 1 año y 5 meses que cortó su "tipo" de que tenía lo llevaban a malos pasos y prefirió apartarse, pero que él
6.13 Constelación familiar:	
EXAMEN MENTAL: 1. APARIENCIA:	
	buena, ropa adecuada a su tamaño corporal no ajustada ni floja, no tro color que no sea gris y negro, vestimenta de acuerdo al clima y
Desarrollo físico:a su edad	de complexión delgada, de estatura y peso adecuado a la estatura y
	buena, se observa limpieza corporal general, uñas cuidadas (no se o, ropa y zapatos limpios pero al parecer no usa desodorante.
Cariñoso Colaborador	Temeroso  Tranquilo   Tranquilo

Enojado Agresivo Inquieto Desanimado Triste Otros	Nervioso Impaciente Desconfiado Alegre
3. PENSAMIENTO	
deducciones, narra correctamente, refiere que trata presente fecha pero que no puede porque no sabe como un fracasado antes.  Obsesiones: se observa una tendencia a esantes.	ómo. o, que no sabe cómo volver a ser el que era enfrascarse en el hecho que no es el mismo de en Dios pero dice "ni voy a la iglesia". eas generales son de pensar cómo sale del
ha vuelto a manejar porque piensa que es ser irresp	
Introspección: el paciente manifiesta que ha pensa	
ninguna solución y por eso buscó ayuda.	
Tipo: Mágico Concreto	Abstracto
4. SENSORIO Y SENSOPERCEPCIÓN:	
Tiempo ■	
Persona •	
Lugar	
Alucinaciones/delirios no se observar	
Otros: capta la realidad, mira y oye bien, distingue	
refiere pesadillas, fantasea con ser como cuando er	<u>a nino.</u>
5. COGNICIÓN:	
Atención y concentración	
Inteligencia muy buena Nivel educativ	vo: <u>4º Perito Contador</u>
Memoria: Inmediata Corto Plazo	
es remota en cuanto a relatar su vida, pasado y suce	<u> •</u>
actualmente de donde deja cosas o que hizo en form	na rápida.
Pensamiento abstracto	
Cálculo  Capacidad para lear y ascribir	
Capacidad para leer y escribir Razonamiento	
Tuzonamicito =	

Análisis	
Aprendizaje	
Lateralidad	
Capacidad visoespacial	
-	_
6. HABLA Y LENGUAJE	<i>:</i> :
Cantidad: expres	a sin verborrea lo que piensa
Calidad de voz y volumen:	posee voz suave que refleja timidez e introversión
Fluencia, velocidad y ritmo:	posee buena fluidez verbal, con una velocidad promedio y ritmo
constante	
Acento:	no tiene un acento que pueda distinguirse o particularizarla
Articulación:	pronuncia adecuadamente y posee buena técnica de oratoria
Lenguaje comprensivo:	comprende perfectamente cualquier término (elevado o
sencillo)	
Lenguaje expresivo:	posee buena fluidez lingüística que expresa e igual comprende
Comunicación no verbal:	corporal, gestual con su rostro, en buena medida no exagerada
7. CONTROL DE IMPUL	SOS:
Agresividad	
Conducta suicida y homicida	ı 🖳
Compulsiones	
Conducta sexual indiscreta	
8. IDENTIDAD:	
Imagen corporal	
Sentido de si mismo	
Autoestima Baja Intermed	lia <u>(rango: leve, intermedio y muy baja).</u>
9. DESARROLLO DEL E	XAMEN:
Empático Resiste	encia — contacto visual Fiabilidad —

EXAMEN SOMÁTICO	
1.Exámen Físico:	
2.Exámenes de Laboratorio:	
3.Exámenes de Gabinete:	
4.Test Psicológico:	
5.Terapéutica Previa:	
Para uso del alumno practicante, posterior a la entrevista:	
Impresión sobre la entrevista, los informantes y la información recibida: esta entrevista se	llevó a
cabo durante la primera y segunda sesión con el paciente, quien se mostró en todo mo	mento
interesado en su propio beneficio y apoyo psicológico que se le pudiera brindar. La información de la companya	nación
obtenida fue la necesaria en cada intervención que se hizo, ya que el px no se extiende	en sus
relatos o formas de pensar (es escueto) y siempre vuelve al punto que "él está mal".	
Especificar si existieron contradicciones en el relato:	
Plantee las hipótesis sobre situación del paciente, así como de posibles diagnósticos: el pa	aciente
posee una autoestima que deberá ir elevando poco a poco conforme implemente y mane	je una
adecuada inteligencia emocional que lo lleve a encontrase a sí mismo y a desenvo	<u>olverse</u>
socialmente.	
Pronóstico: El paciente es una persona que tomando en cuenta que se presentó volunt	taria y
espontáneamente por segunda vez a una asistencia psicológica, se muestra dispuesto a cola	<u>aborar,</u>
por lo que se vislumbra una mejoría progresiva.	
Nombre del alumno Firma	
Vo. Bo. Catedrática Supervisora  Vo.Bo. Coordinadora de Práctica	

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

# 4.3.1. Logros

Durante la asistencia al centro de práctica, Centro de Salud de la Colonia Centroamérica, zona 7 de esta ciudad capital, se logró aprender y poner en práctica el desarrollo y planteamiento al paciente de la charla relativa al VIH, contando para ello con la información que proporciona el mismo centro a través de catálogos de tamaño doble oficio con gráficos full color en páginas duras, mediante los cuales es posible dar a entender de una forma práctica y sencilla al receptor del contenido, lo relativo a significado, formas de contagio, formas en que no se contagia, síntomas de contagio, desarrollo de la enfermedad, prevención para erradicar la proliferación de dicha amenaza sanitaria y formas en que puede tratarse la enfermedad si se tuviese.

#### 4.3.2. Limitaciones

La mayor limitante que se enfrentó fue el factor "tiempo de los asistentes" para recibir charlas y/o talleres, ya que como en todo centro de salud, las personas que asisten a recibir los servicios que presta la institución no solo poseen intereses diversos sino que están pendientes de su cita o el llamado que los médicos les hagan para ser atendidos, y una vez satisfacen su necesidad, es preciso para ellos retirarse a sus actividades normales tales como regresar al trabajo, a sus tareas domésticas, los niños a la escuela, entre otras circunstancias. Por lo que a pesar de la espontánea colaboración de las autoridades administrativas de dicho centro en relación a permitir realizar la práctica de psicología clínica y eventualmente uno o dos talleres, la asistencia y permanencia de personas durante las charlas/taller que lograron impartir fue escasa, por ello, el día de la presentación de la primera charla se contó únicamente con la presencia de 7 personas.

#### 4.3.3. Conclusiones

La preparación documental, técnica y de actividades a realizar en relación a la impartición de charlas/taller por parte de la practicante fue vital, ya que ello simplificó el traslado de información de su contenido a las autoridades encargadas de aprobar las actividades

oportunamente, y a su vez la recepción y comprensión de los temas tratados por parte de las personas que asistieron al desarrollo de las mismas.

# 4.3.4. Recomendaciones

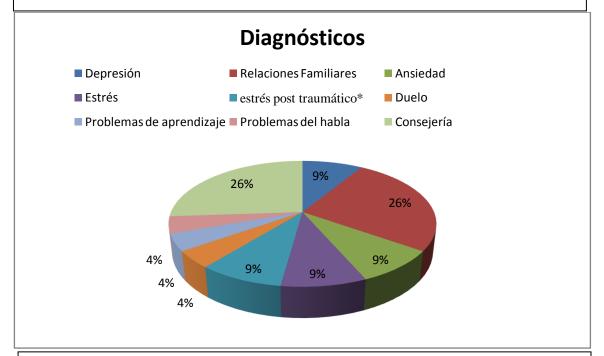
Que el alumno practicante pueda contar con un temario de charlas de temas psicológicos para proponer a los centros de práctica en donde se va a trabajar, para que de los contenidos, el centro elija el que más se apegue y favorezca las condiciones de trabajo y desempeño del lugar.

# 4.4. Gráficas:

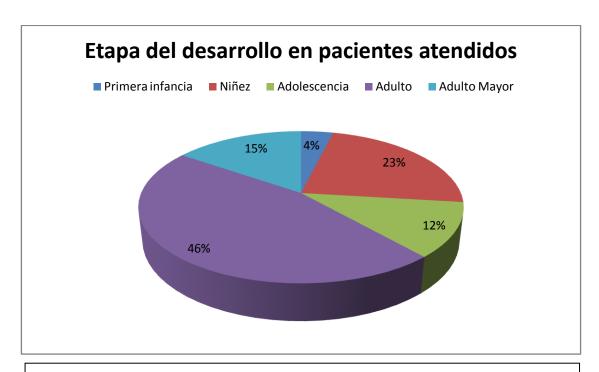
# Programa de atención de casos



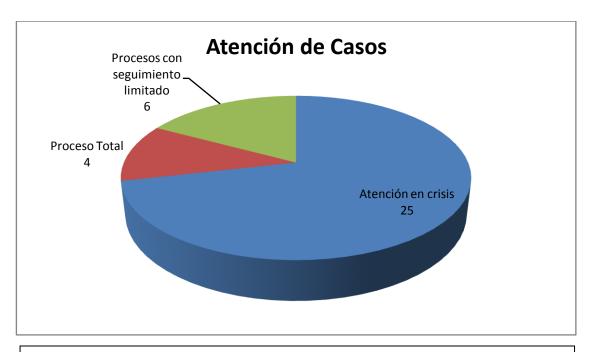
Fuente: Diario de campo. Practicante supervisada 2011. Centro de Salud Colonia Centroamérica



Fuente: Diario de campo. Practicante supervisada 2011. Centro de Salud Colonia Centroamérica \*Por abuso sexual en la infancia; abuso sexual en la adolescencia; agresiones conyugales remotas



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



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

## **Conclusiones**

Los hallazgos del presente trabajo, se traducen en el desempeño de una práctica supervisada llevada a cabo por parte de la alumna sustentante en una forma consciente y en congruencia con los postulados principales establecidos por la academia de la Universidad Panamericana y la doctrina de la psicología en general.

En consecuencia, se puede afirmar que toda aquella persona que se acercó para ser asistido por la practicante, a través del Departamento de Psicología, a las instalaciones del centro de práctica, que en el presente caso fueron los días martes de 08:00 horas a 12:00 horas en el Centro de Salud de la Colonia Centroamérica de la Ciudad Capital, fue atendido debidamente y se le ofreció un seguimiento responsable hasta que se observaran cambios a los estados psicológicos considerados como perjudiciales por los mismos pacientes, siendo un ejemplo de ello el paciente Fernando René Siam Mérida, quien en su última sesión expresó su agradecimiento y el sentimiento de cambio interno que tuvo que a su vez se reflejaba externamente.

Ha sido una experiencia gratificante y que ofrece una recompensa tanto para el practicante como para la Universidad Panamericana por medio del mismo, ya que se cumple con una labor social importante como lo es la asistencia psicológica a quien lo requiera y cumpla con el compromiso de darse el seguimiento de mérito.

## Recomendaciones

Que a mediano plazo, y en virtud de tratarse de un centro privado de estudios superiores en ponderación de prestigio, la Universidad Panamericana, a través de la Facultad de Ciencias de la Educación, instale un Centro de Práctica a efecto que los estudiantes de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, en el tiempo de llevarse a cabo las prácticas psicológicas respectivas, cuenten con el espacio físico y de supervisión adecuados, evitando con ello que el propio estudiante/practicante atraviese vicisitudes innecesarias al tener que ubicar un centro de práctica que apruebe lo solicitado por el estudiante y además padecer de todos los inconvenientes que como recipiendarios de un "favor de poderse ejecutar" no se merecen.

## Referencias

Bibliográficas

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

Moles, Juan (2000) "Asesoramiento Clínico" Editorial Greco, Caracas

Goleman, Daniel. (1996) "Inteligencia emocional". Javier Vergara Editor, Buenos Aires

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

Medline Plus. Depresión. Recuperado: 18.12.2011.

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003213.htm

Fuente no firmada

Qué se entiende por salud Mental. Recuperado: 14.11.2011.

http://www.deguate.com/salud/article\_3084.shtml

# **ANEXOS**

• Carta de solicitud de ejercicio de práctica en el centro de salud de la Colonia Centroamérica.



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, KARLA PAOOLA PÉREZ CHACÓN, 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 Pérez Chacón.

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

Respetuosamente,

Licela. Cynthia Brenes // Coordinadora y Catedrática de Práctica V

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

Carretera a San Isidro, Aldea Acatán Zona 16 - PBX: 2390 1200

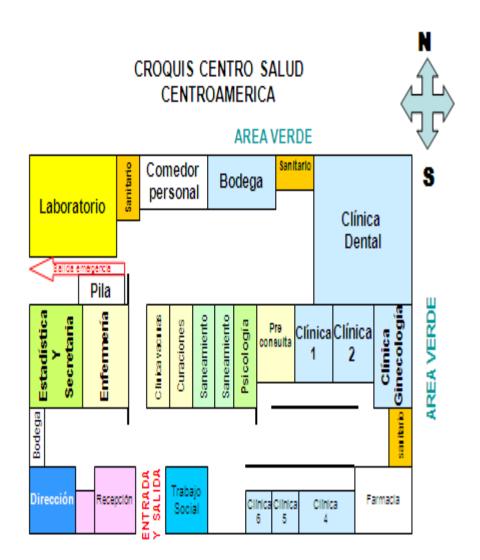
www.universidadpanamericana.edu.gt

Formulario de autorización de ejercicio de práctica



# UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA PSICOLOGÍA Y CONSEJERÍA SOCIAL

# INFORMACIÓN REQUERIDA: NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_ DE SALUD GENTROAMERICA 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: Condulta Externa de Medicina general, Ginecologia, Odontologi Consulta Externa de Psicologia y atenci on especial a los pacientes Servicio de Vacunación Infantil y de adultos, planificación familiar Laboratorio Clinico Vigilancia y control del medio ambiente NOMBRE DE LA PRACTICANTE: KARLA PAOOLA PÉREZ CHACÓN GRADO: 13° Trimestre HORARIO DE PRÁCTICA: Días: 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



# PRUEBAS APLICADAS

- > Test de la Figura Humana
  - > Test de la Familia
    - > Test del Árbol
- > Test de Apercepción Temática

# Dibujo de la Figura Humana



## TEST DE LA FIGURA HUMANA: KAREN MACHOVER

ASPECTO FORMAL, ESTRUCTURAL O EXPRESIVO

TAMAÑO		
Dibujo que llena la página		Fantasía compensatoria de grandeza
Figura muy grande para la página		Persona cuyas aspiraciones exceden sus oportunidades Considera su ambiente muy limitado
Paciente obeso dibuja figura delgada		Buen pronóstico para un tratamiento de obesidad
Figura de sexo opuesto más grande que uno		Posible respuesta pasiva
		Considera sexo contrario más fuerte
Figura pequeña	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 LINEA		
Continua de línea fuerte, firme y ligera		Actitud de ataque
Trazo largo y fuerte		Decidida y fuerte
- ,		Firme control de la conducta
Línea débil		Timidez
Presión baja		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	Х	Índice de ansiedad
		Falta de certeza
Trazos cortos		Conducta impulsiva (excitables)
Línea incompleta y bosquejada		Ansiedad
		Timidez
Trazo circular		Dependientes
		Emotivos
Trazos largos		Conducta o comportamiento controlado
Línea gruesa en el contorno del cuerpo		Una barrera entre la persona y el ambiente.
		Se encuentra en personas que sufren de despersonalización
		y en alcohólicos paranoides.
Contorno de la figura claro y definido o la		Necesidad de aislamiento y de protección frente a las
línea con demarcación reforzada	_	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		Normal.
buen control		

MARGEN		
Dibujarse cerca del margen		Necesidad de sustento. Dependencia. Falta de auto confianza.
COLOCACIÓN DE LA FIGURA		
A! In		C:

COLOCACIÓN DE LA FIGURA		
Arriba	х	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	х	Introversión Tendencia a la regresión Inmadurez
Colocado debajo del punto medio		Ánimo deprimido Sentimiento de inadecuación
Dibujo centrado (en niños)		Seguridad
Alineación de los dibujos sobre el punto medio		Distanciamiento. / Fantasía.
Los pies de la figura están en los pies de la hoja		Necesidad de estabilidad debido a conflicto
Figura centrada que ocupa prácticamente toda la hoja		Grandiosidad. / Paranoia. Tendencia a la manía.
Figura grande centrada tirando hacia la izquierda.		Psicóticos agresivos con sentimientos de inadecuación.
Figura mediana al lado izquierdo.		Tensión. / Introversión.

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

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

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

#### **ANÁLISIS DE CONTENIDO**

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

#### RASGOS SOCIALES

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

EXPRESIONES FACIALES		
Obscurecer los rasgos faciales y trazar con	Timidez.	
fuerza el contorno de la 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	Hostilidad.
amenazantes.	Sospecha proyectada por individuo paranoico.
Hombre que dibuja ojos grandes con	Homosexualidad o identificación con figura femenina.
pestañas.	
Cerrados	Encerramiento frente al mundo.
	Concentración de su propia realidad interna.
Omisión de pupila con dibujo de contorno de	Percepción vaga del mundo.
ojo.	
Área de órbita grande(indicado por una línea)	Fuerte curiosidad visual junto a culpabilidad, probablemente
pero el ojo real pequeño.	de tipo voyerístico
Omisión de ojos.	No quiere ver. / Dolor profundo.

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

OREJAS (omitidas)		
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,	Pujanza viril.

bigote (elaboración de peinado, vigor en		
sombra).		
Énfasis en pelo ondulado, hechizante,		Observado en delincuentes sexuales.
dispuesto en cascada (acompañado de		Deseo de deslumbrar hechiceramente.
detalles llamativos).		
Sombreado vigoroso del cabello con pobre		Conflicto de virilidad en relación a la conducta sexual
delineación de forma.		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.	Т	Inadecuación sexual.
Tratamiento especial (agrandar reducir,	+	Conflicto sexual.
borrar, sombrear, omitir).		Commeto Sexuan
Sombreada.		Temor a la castración.
Larga	1	Vigor sexual.
Chata	+	Infantilidad.
Ventanas señaladas	+	Índice de agresividad.
Ganchuda	+	Desprecio. / Rechazo de otros hacia él.
Reforzamiento	+	Compensación por sexualidad inadecuada.
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
BOCA (El énfasis oral es característico en niños	<mark>, adult</mark>	
Lengua		Fuerte concentración oral a nivel primitivo.
Cóncava	Х	Infantilismo. / Dependencia oral.
Una línea		Agresividad a nivel verbal.
Variación de trazo rápido, corto, con presión.		Fuerte impulso a la agresión verbal (no lo hace por miedo).
Amplia tonada hacia arriba.		Genialidad forzada. / Esfuerzo por ganar aprobación.
Omisión		Culpabilidad en relación a la agresión oral.
Detallada con dientes a la vista		Índice de infantilidad. / Agresión oral.
		Esquizofrénicos e histéricos.
Destacada.		Dificultad sexual. /
		Persona caprichosa a alimentos, síntomas gástricos,
		lenguaje indecente, arranques de mal humor.
LABIOS		
Gruesos en figura masculina.	T	Signo de afeminamiento.
oracoco en rigara maccamia.		Aparece frecuentemente con rasgos que muestran
		tendencias narcisistas.
Semejante al falo.	1	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	1	Compensación por debilidad e inadecuación en asumir
o reforzadas, sobresale de manera		responsabilidades. Se manifiesta como un impulso a
predominante		aparecer socialmente enérgico y dominante.
		apareses socialmente energico y dominante.
CUELLO		
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.
Alto y delgado		
Corto		Conducta más guiada por lo instintivo que por lo
Corto		intelectual.

masculino.

#### **RASGOS DE CONTACTO**

BRAZOS		
Extenderse hacia el medio ambiente.	Х	Deseo de contacto de relaciones.
Colgar de manera flexible a los lados del		Cierto contacto con el medio ambiente, pero más pasivo
cuerpo.		
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		Sentimiento de deficiencia y debilidad.
consumido.( Derecho)		
Muy robustos.		Compensación o exhibición de masculinidad.
Largos, extendidos y fuera del cuerpo.		Necesidades agresivas dirigidas al exterior. / Ambición.
		Deseos de proeza o adquisición.
Corto.		Falta de poder.
Omisión.		Se ha visto en esquizofrénicos y sujetos muy deprimidos.
		Dificultad y necesidad de afecto en relaciones.
		Sin habilidad social.

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

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

## TRONCO

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

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

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

Dibujo de la familia. No fue posible su escáner por lo débil del trazo

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

Nombre:	Fernando Siam	Sexo:	<u>masculino</u>
F. aplicación:		Colegio:	
Edad cronológica:	19 años	Grado:	
Evaluador:			

## PLANO GRÁFICO

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

# PLANO EXPRESIVO

FI	FR	KFD	ASPECTOS GENERALES
			Integración pobre de las partes. 7 à varones / 6 à 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.
			<b>Transparencias:</b> Impulsividad, inmadures y conducta acting-out. Más común en protocolos de niños con lesión cerebral. Transparencia en área genital significa ansiedad, conflicto, miedo agudo y preocupación relacionado con lo sexual, el nacimiento o mutilación corporal. Puede ser un pedido de ayuda que el niño no puede expresar con palabras.
Figu	ra / Dibu	ijo	TAMAÑO GENERAL DE LOS DIBUJOS
			<b>Grande:</b> Responden de manera agresiva y expansiva ante las presiones del ambiente. Inmadurez o controles internos deficientes. Egocentrismo (normal en edades tempranas).
XX			<b>Pequeño:</b> Se asocia con sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez, retraimiento o depresión. Percibe el ambiente como amenazante y se inhibe ante él.
Figu	ra / Dibu	ijo	VALORIZACIÓN / RELACIONES / JERARQUÍA
hern	nana		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.
mad	re		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.
			Compartamentalización (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, etc.)
			Figuras rotadas o por la espalda: inadecuación, sentimientos de inferioridad.
			Payasos o vagabundos: considera que es ridículo y que los demás se ríen de él y que no son aceptados.

FI	FR	KFD	CABEZA / CARA / CUELLO
			Cabeza pequeña: niños inadaptados, sentimientos intensos de inadecuación intelectual.
			Cabeza grande: preocupación por rendimiento académico-intelectual con medidas compensatorias.
			Pelo enfatizado: preocupación por rendimiento académico intelectual.
			Orejas demasiado grandes: posible abuso verbal, preocupados por lo que hablan los demás.
			Omisión de rasgos faciales: desvalorización de los miembros de la familia, perturbaciones en las relaciones
			interpersonales.
			Omisión de los rasgos faciales y dibujo pequeño: perturbación de las relaciones interpersonales vinculada
			a la inhibición de los sujetos y una pobre imagen de sí mismos.
			Sombreado de cara: (muy inusual). Ansiedad y sentimientos de devaluación. Puede presentarse en niños
			manifiestamente agresivos y que roban. A mayor área de la cara que se encuentra sombreada existe mayor
	X		patología.
	vacíos		Omisión de ojos: aislados socialmente, niegan problemas, no quieren enfrentar el mundo y escapan a la fantas
			Ojos bizcos: niños muy hostiles hacia los demás. Se interpreta como un reflejo de ira y rebeldía. Parece indicar
	<u> </u>		que para el niño las cosas están fuera de foco; no ve el mundo de la misma manera que los demás.
			Omisión de nariz: pacientes clínicos, tímidos, retraídos, en clases especiales, con síntomas 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.
	1		Omisión de cuello: 10ª varones/ 9ª niñas
			Relacionado con inmadurez, impulsividad y controles internos pobres.
	1		Sombreado de cuello: 8ª varones/7ª 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	KFD	TRONCO / VESTUARIO
			Omisión de cuerpo: serio signo de psicopatología y puede reflejar inmadurez severa, retraso en el desarrollo,
			disfunción cerebral o una aguda ansiedad relacionada con el cuerpo, probablemente por miedo a la castración o
			posible abuso sexual.
			Sombreado de cuerpo: 8ª valores / 9ª niñas
			Ansiedad relacionada con el cuerpo. Niños psicosomáticos.
			Transparencias: ansiedad con respecto al área dibujada con transparencia (en caso de enfermedad por ejem-p
	<u> </u>		o posible daño neurológico.
			Senos, ombligo, órganos genitales: signo de psicopatología seria que implica angustia por el cuerpo y dificul-
			tad en el control de los impulsos. Preocupación por desarrollo sexual o posible abuso sexual.
	<del>                                     </del>		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.
		1/==	
FI	FR	KFD	BRAZOS Y MANOS
			Omisión de brazos: ansiedad o culpa por conductas socialmente inaceptables que implican las manos o los
	-		brazos, como por ejemplo, robos.  Sombreado de brazos: 8ª varones/9ª niñas
			Se relaciona con actividad real o fantaseada en la que intervienen sus brazos. Robo o masturbación.
	Х		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.
	1		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
	+	1	
			Sombreado de manos: 8ª varones / 7ª niñas

			Angustia per estividad real a fantaceada con las manos		
			Angustia por actividad real o fantaseada con las manos.		
	Х		Manos grandes: conductas agresivas y actuaciones en las que están implicadas las manos (robo)		
			Manos seccionadas: (brazos sin manos ni dedos), dificultad en el contacto con los demás. Sentimientos de		
			inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente, o por la incapacidad para actuar. Ansiedad de		
			castración.		
			Manos escondidas: culpa de agresión física o conductas masturbatorias.		
			Dedos como garras o uñas marcadas: agresividad.		
FI	FR	KFD	PIERNAS Y PIES		
			Omisión de piernas: Refleja intensa angustia e inseguridad, aunque sería importante observar la manera en		
			que se omiten las piernas. Se observa que los niños se refugian en la fantasía.		
	Х		Piernas juntas: tensión, rigidez, dificultad en el control de impulsos. Temor a sufrir ataque sexual (solo si		
			existen indicadores de apoyo)		
			Omisión de pies: 9ª varones / 7ª niñas		
			Sentimiento general de inseguridad y desvalimiento, un sentimiento de no tener pies en que pararse.		
FI	FR	KFD	ASPECTOS AMBIENTALES		
			Líneas sobre las figuras: presión del ambiente, preocupación, inseguridad.		
			Sol: luz, calor, presencia paternal.		
			Nubes tapando el solo en medio del sol: sentimientos ambivalentes con forma de ser tratado por padre:		
			cariño y presión.		
			Nubes, Iluvia 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.		
			Fiores: amor, pelieza, crecimiento.		
FI	FR	KFD	ANIMALES		
П	FK	KFD	Inclusión de animales salvajes:		
			Inclusión de animales sarvajes.		
			Mariposas: amor romántico y platónico; sentido estético (belleza).		
			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.		
	-ED	KED	OTROS SÍMBOLOS		
FI	FR	KFD			
			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.		
			Escaleras: terision, 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: pode, agresividad.		
	+		Piedras: obstáculos o línea base.		
			i ieuras. Obstaculos o lilica pase.		

	Refrigeradora: privación oral.	
	Tambores: desplazamiento de la cólera.	
	Tren: poder.	
	"X": zonas de prohibición.	

Dibujo de árbol. Fe imposible su escaneo por lo débil del trazo.

# PROTOCOLO TEST DEL ARBOL (Karl Koch)

Nombre: Fernando Siam	
Edad cronológica:19 años	Edad mental:
Fecha de aplicación:	

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

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

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
3.	TAMAÑO	Valor del YO	
	Dibujo pequeño	Pequeño	Sentimientos de inferioridad o modestia
Х	Dibujo Grande	Grande	Orgullo, vanidad o deseo de superación, del
	-		sentimiento de inferioridad

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

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

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

			obstinación infantil.
11.	TRONCO ABIERTO	xxxx	Explosividad, impulsividad, impresionabilidad. Carga y
			descarga instantáneas.

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

	membrana		
	Formas contradictorias	Figs. 11 y 13. Ramas en direcciones opuestas	Contradicción, inconsecuencia, inadaptación, terquedad, desorientación.
	Ramas interrumpidas	Principalmente en líneas curvas. Fig. 17	Consideración, delicadez, conceder favores a otros.
	Ramas que se engrosan hacia la punta	Figs. 13	Indican debilidad, contradicción, violencia, primitivismo.
Х	Formas muy curvas	Figs. 17, 18 y 14	Reserva, artificialismo, domesticación, inhibición de afectos, obsesión neurótica.
	COPA EN CONJUNTO		
	Copa en equilibrio	Figs. 8 y 18	Significa calma interior, reposos, equilibrio, artificialidad.
	Copa en lado derecho más desarrollado	Figs. 4, 5, 13 y 15	Significa iniciativa, afirmación del propio valor, extroversión y espontaneidad en el contacto con el miedo. En exceso, significa impresionabilidad, inestabilidad, falta de concentración, fantasía y agitación.
Х	Copa en lado izquierdo más desarrollado		Significa introversión, recogimiento, meditación y resolución.

No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
13.	HOJAS, FRUTAS Y		
	FLORES		
	Hoja en la Copa o en	Figs. 7 y 15	Vivacidad, exterioridad, ingenuidad
	las ramas		-
	Hojas que caen		Sensibilidad, distracción, olvido, donación.
	Flores		Autocontemplación, distracción, olvido, donación.
	Frutos		Utilidad, rendimiento. En la infancia y adolescencia
No.	Rasgo a considerar	Proyectado	Interpretación
			deseo de mostrar su capacidad.
14.	ACCESORIOS	Los nidos, aves, adornos, casa,	Sacrificio nantificia progrismo, broma, mordacidad
		sol, etc. Fig. 13	(irónico). El sol indica necesidad de afecto,
		_	protección.

15.	FORMA EN TERCERA	Ramas, nudos en tercera	Originalidad, capacidad productiva, atrevimiento,
	DIMENSIÓN	dimensión, perspectiva. Fig. 13	ambición.
16.	ARBOL PARTIDO	Fig. 20	Vida partida, arruinada, falta de ánimo, depresión.
17.	ARBOL CAÍDO		Vida derrumbada.
18.	PREDOMINIO DEL		Significa síntomas de angustia, eventualmente
	COLOR NEGRO		pérdida de la realidad. Frecuentemente en ciertos
			estados psicóticos y neuróticos.

# INTERPRETACIÓN DEL TAT

## 1. EMOCIONES

Ansiedad, Tensión:						
Depresión, tristeza, dolor, sufrimiento:						
Orgullo, grandiosidad, arrogancia:						
Culpa, remordimiento, vergüenza:						
Otras:decepción, frustración						
diasi						
2. NECESIDADES						
Inferioridad, inseguridad, baja estima:						
Agresividad:						
Gratificación sexual:						
Defenderse y evitar la critica:						
Exhibicionismo: trascendencia						
Evitar el peligro:						
Evitar el peligro:  Dependencia afectiva: expresa necesidad de apoyo, orientación						
Éxito:						
Afiliación :						
Reacción:						
Dominación :						
Ayudar a:						
Orden :						
Conocimiento :						
Aceptación social:						
Adquisición:						
Autonomía:						
Cambio:						
Excitación:						
Juego:						
Sumisión:						
3. DEFENSAS						
Nagacion:						
Omnipotencia:						
Devaluación:						
Idealización:						
Agresión (activa-pasiva)						
Represión – supresión						
Regresión:						
Identificación						
Racionalización, intelectualización						
Proyección:						
Formación reactiva:						
Aislamiento						
Anulación						
Otros						